



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**Sofrimento moral na equipe multidisciplinar na Unidade
de Terapia Intensiva Pediátrica – Uma Revisão
Sistemática**

Tayanne Andrade Magalhães

Salvador (Bahia)
Outubro, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

(Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Magalhães, Tayanne Andrade

Sufrimento moral na equipe multidisciplinar na unidade de terapia intensiva pediátrica: uma revisão sistemática / Tayanne Andrade Magalhães. -- Salvador, 2016.

58 f.

Orientadora: Lara de Araújo Torreão.

TCC (Graduação - Medicina) -- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, 2016.

1. Sofrimento moral (Moral distress). 2. Cuidados paliativos (palliative care). 3. Ethical climate. 4. Multidisciplinary team. 5. Pediatric intensive care. I. Torreão, Lara de Araújo. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Sofrimento moral na equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – Uma Revisão Sistemática

Tayanne Andrade Magalhães

Professor orientador: **Lara de Araújo Torreão**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Outubro, 2016

Monografia: *Sufrimento moral na equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – Uma Revisão Sistemática*, de **Tayanne Andrade Magalhães**

Professor orientador: **Lara de Araújo Torreão**

COMISSÃO REVISORA:

- **Lara de Araújo Torreão**, (Presidente orientadora), Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Cláudia Bacelar Batista**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Maria de Fátima Diz Fernandez da Cunha**, Professora do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em 05 de Outubro de 2016.

EQUIPE

- Tayanne Andrade Magalhães, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: tayannemagalhaes@hotmail.com;
- Lara de Araújo Torreão, Professora da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

➤ Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios

AGRADECIMENTOS

- À minha Professora orientadora, Doutora **Lara de Araújo Torreão**, pela presença constante, atenção e incentivo à reflexão e no processo de construção desse trabalho.
- Às Professoras **Cláudia Bacelar Batista** e **Maria de Fátima Diz Fernandez da Cunha**, membros da Comissão Revisora desta Monografia. Meus especiais agradecimentos pelas sugestões que contribuíram na elaboração final desse trabalho e pela disponibilidade em aceitar o convite.

SUMÁRIO

	ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	2
I.	RESUMO	3
II.	OBJETIVOS	4
III.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
IV.	METODOLOGIA	13
V.	RESULTADOS	16
V.1	Busca e total de artigos selecionados	16
V.2	Os 15 artigos selecionados	18
VI.	DISCUSSÃO	31
VI.1.	Causas e consequências do sofrimento moral para o profissional de saúde	31
VI.2.	Soluções possíveis para enfrentamento ou prevenção do sofrimento moral	43
VI.3.	Limitações do estudo	47
VII.	CONCLUSÃO	49
VIII.	SUMMARY	51
IX.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

QUADRO

QUADRO 1. Descritores utilizados na busca sistematizada	15
QUADRO 2. Total artigos encontrados	16
QUADRO 3. Os 15 artigos selecionados	18

FIGURA

FLUXOGRAMA 1: Processo de seleção de artigos para revisão sistemática	17
---	-----------

I. RESUMO

SOFRIMENTO MORAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA –UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. Introdução:O termo “moral distress” (*sofrimento moral*) descreve uma situação em que o indivíduo se angustia com dilemas éticos e morais em sua prática, onde não tem autonomia para agir de acordo com seus princípios devido a constrangimentos externos ou internos. A prática do cuidado na unidade de terapia intensiva pediátrica é particularmente desafiadora pela visão sociocultural e religiosa em lidar com a morte e o fato da morte dessa população vulnerável em sua essência parecer ir contra a ordem natural da vida. Cenário, então, de conflitos morais e éticos de preservação da vida e alívio do sofrimento. Objetivo:Fomentar a reflexão sobre o sofrimento moral entre os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na prática dos cuidados paliativos, as principais situações em que ocorre, conhecer as consequências individuais e para o trabalho coletivo a fim de serem encontradas possíveis soluções para sua prevenção e seu enfrentamento. Metodologia: Realizou-se uma busca sistematizada e hierarquizada, com emprego de operadores booleanos específicos nas bases de dados SCIELO e PUBMED incluindo artigos até abril de 2015, sem delimitação de parâmetro inicial do ano de publicação. Resultados:Foram encontrados 30 artigos. Pela leitura do título e resumo, foram eleitos 20 artigos para inclusão, sendo finalmente selecionados 15 artigos após viabilidade de leitura completa. Discussão:Sofrimento moral pode ocorrer em qualquer profissão, mais frequentemente reportado entre enfermeiros. As questões que envolvem o ambiente de cuidados críticos causam sofrimento moral, mas há contribuições da gestão institucional, de particularidades individuais e de relacionamento em equipe, gerando prejuízos na qualidade e na prática do cuidado, na esfera pessoal e em grupo. Para minimizá-lo, recomendam-se medidas relacionadas a apoio emocional, habilidades de enfrentamento e incentivo ao trabalho em equipe eficaz. Conclusão:Sendo impossível eliminar o sofrimento moral, estratégias de enfrentamento são necessárias, tornando-o abertamente discutido e incentivando a participação de todos no processo.

Palavras chave: 1.Sofrimento moral (Moral distress); 2.Cuidados paliativos (palliative care); 3.Ethical climate; 4.Multidisciplinary team; 5.Pediatric intensive care; 6.Physician-nurse relations.

II. OBJETIVOS

PRIMÁRIO

Analisar o sofrimento moral entre os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na prática dos cuidados paliativos com base na literatura atual.

SECUNDÁRIOS

1. Identificar quais os motivos que geram os conflitos entre os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no cuidado paliativo;
2. Identificar as consequências do sofrimento moral no profissional de saúde;
3. Sugerir soluções possíveis para enfrentamento ou prevenção do sofrimento moral.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial de Saúde definiu, em 2002, cuidados paliativos como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a vida, identificando precocemente, prevenindo, avaliando e controlando a dor, bem como todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual (WHO, 2010). Essas ações não são restritas ao fim da vida, mas devem ser integradas aos cuidados curativos, aplicada de acordo com as necessidades e desejos individuais de cada paciente e seus familiares – questões biológicas (gravidade, prognóstico, tratamentos disponíveis para a doença), questões éticas (equilíbrio entre autonomia e beneficência, por exemplo) e pessoais ou culturais (valores e preferências diante da morte). Portanto, a questão que se impõe é estabelecer a prioridade do tratamento (Moritz et al., 2011), ou seja: a) fazer tudo para prolongar a vida, independente do sofrimento, b) fazer tudo o que tenha uma chance razoável de prolongar a vida, mas sem causar novos sofrimentos, ou c) fazer tudo o que possa aliviar o sofrimento, independente de prolongar a vida (Quill et al., 2009).

Por essa definição, todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida deveriam receber a abordagem dos Cuidados Paliativos desde o seu diagnóstico. No entanto, devido à falta de profissionais e serviços para atendimento de toda essa população, a Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) definiu critérios de recomendação para cuidados paliativos exclusivos, com possível indicação para aqueles pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, que apresentam sofrimento moderado a intenso e que optam por manutenção de conforto e dignidade da vida (Puchalski et al., 2009).

O II Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul, realizado em 2010 durante o XV Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, elaborou recomendações sobre cuidados paliativos a serem prestados em pacientes críticos, sendo definidas três fases de assistência intensiva (Moritz et al., 2011):

Primeira fase - condição clínica na qual a equipe percebe uma maior possibilidade para a recuperação do que para o desfecho da morte ou para a condição de irreversibilidade, pois a morte é pouco provável. Julga-se, de acordo com a beneficência e a autonomia, que a prioridade é o tratamento que busca a cura/reestabelecimento. Os cuidados paliativos serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo. Nessa fase, o foco é a sustentação dos sistemas vitais e na recuperação plena do paciente.

Segunda fase - condição clínica na qual a equipe percebe uma falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com uma crescente tendência ao desfecho de morte ou irreversibilidade (morte prevista para dias, semanas ou meses). Estabelecido o consenso entre equipe, paciente e família, a prioridade passa a ser a melhor qualidade de vida possível, e os cuidados que modifiquem a doença podem ser oferecidos quando julgados proporcionais pela equipe e paciente/família. O foco aqui é o oferecimento e a manutenção de um conjunto de cuidados para a promoção de conforto físico e psico-emocional do binômio paciente-família.

Terceira fase - condição clínica na qual a equipe reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, aceitando o desfecho para morte (morte prevista para horas ou dias). O cuidado paliativo passa a ser exclusivo, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares. A ênfase é o oferecimento e a manutenção do conjunto de cuidados para conforto físico e psico-emocional do binômio paciente-família.

A integração dos cuidados paliativos e curativos em unidades de terapia intensiva está associada a atendimento de qualidade, e a sua prática em nível ambulatorial é associado a melhor qualidade de vida e ganho de sobrevivência (Moritz et al., 2011).

Hoje, uma forte tendência na área da oncologia é o tratamento multidisciplinar, com objetivo não apenas de curar o doente, mas também e sobretudo de fornecer qualidade de vida, menor taxa de recidiva e adaptação às sequelas da doença. A visão de diferentes especialistas possibilita obter informações sobre as várias dimensões do problema, a fim de preservar, manter, desenvolver, restaurar e prevenir. É também uma mudança de paradigma, com a união da parte biológica com a psicossocial. Esse tratamento envolve reabilitação, desenvolvimento da auto-estima, contribuindo para que o paciente retorne à vida social e ao mercado de trabalho, o que diminui os custos ao Sistema Único de Saúde e planos de saúde com internações repetidas e necessidade de tratamento crônico. “Quanto melhor o estado geral do paciente, mais efetivo é o tratamento”. Esse é o princípio que permite a comunicação entre todos os profissionais, com reuniões periódicas de grupos formados para discutir cada tipo de tumor e conversar sobre os casos em andamento (França, 2015).

É preciso equilibrar o uso de tratamento invasivo e aquele útil apenas em benefícios sintomáticos (Alberta Hospice Palliative Care Resource Manual, 2001), um equilíbrio entre o conhecimento científico e o humanismo, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de morrer em paz (Puchalski et al., 2009). Cada paciente possui necessidades específicas, desejos, esperanças e realidade circunstancial. Por isso, o procedimento diagnóstico e terapêutico irá

variar, sendo a assistência, então, individualizada. As decisões, no entanto, devem sempre ser feitas dentro dos parâmetros éticos da beneficência, não maleficência, justiça e respeito à autonomia considerando os desejos dos pacientes (Alberta Hospice Palliative Care Resource Manual, 2001).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) desenvolveu um Diagrama de Abordagem Multidisciplinar (DAM), em 2008, para facilitar o raciocínio e a aprendizagem em Cuidados Paliativos. Tal ferramenta possibilita a análise do paciente em quatro dimensões: física, familiar/social, psíquica e espiritual. A esfera central é preenchida com os dados do paciente, a segunda esfera com seus respectivos sofrimentos e por fim as atitudes da equipe. Os círculos e quadrantes são preenchidos ao longo da discussão com a equipe interdisciplinar. As decisões são tomadas após comunicação adequada entre pacientes, família e equipe. Há, portanto, uma troca (a comunicação sobre as metas de cuidado em relação aos valores do paciente e preferências) e decisão conjunta de objetivos. Para facilitar o acesso da equipe e a segurança das informações é recomendada documentação em prontuário médico (Manual de cuidados paliativos ANCP, 2012).

O paciente terminal está em processo de morte irreversível, seguindo a evolução da própria doença, sem possibilidades de cura ou melhora. A identificação desse momento é variável, dependente de muitos fatores e é feito de forma diferente pelos envolvidos. É necessária uma postura crítica, neutra, isenta de conceitos pré-concebidos e racionalização, sob a ótica dos princípios morais e éticos. A partir de então, o principal objetivo da assistência ao paciente são os cuidados paliativos exclusivos. Essa decisão deve ser consensual entre equipe, paciente (se capaz) e família ou representante legal. Para atingir-se tal objetivo, a família deve passar pela mesma seqüência de racionalização que a equipe médica passou para entender o atual estágio da enfermidade do paciente, e assim estará apta para decidir (Piva & Carvalho, 2009). Todas as decisões devem ser registradas no prontuário do paciente.

Tratamento fútil ou obstinação terapêutica são ações cujo benefício para o paciente é nulo, pequeno ou improvável e que não prevalece sobre os seus potenciais malefícios. Estabelecer os limites da futilidade envolve o medo de aparentar fraqueza, levando a adoção de medidas agressivas, e o sentimento de frustração, que leva ao abandono do paciente. As ligações afetivas estabelecidas entre profissionais de saúde, pacientes e suas famílias também dificulta a adoção desses limites (Mota, 1999). Exemplos: nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação

mecânica invasiva, a internação ou permanência do paciente na UTI, ressuscitação cardiopulmonar.

Uma das esferas a ser percebida em cuidados paliativos é o sofrimento, não apenas atual- que deve ser aliviado- como também o futuro- devendo ser prevenido, o sofrimento do próprio paciente, mas também de seus familiares e da equipe assistencial e suas possíveis causas (Manual de cuidados paliativos ANCP, 2012). É importante identificar “quem está sofrendo: paciente, equipe ou família?”. O sofrimento da equipe e família pode aqui ser revelado como inseguranças e angústias. Essa distinção pode evitar prejuízos, o prolongamento ou aumento do sofrimento. A busca de sinais e sintomas reveladores, muitas vezes sendo necessária avaliação laboratorial ou radiológica, deve ser feita para diferenciação se são primários à doença ou secundários a outras questões, se são reversíveis ou irreversíveis, orientando, assim, a condução do caso. Se as causas são identificáveis, elas devem ser tratadas. Se não houver ou se a conduta não for viável, caso em que o conforto do paciente é priorizado, as medidas são feitas para controle de sintomas e não para sua resolução. O cuidado emocional dos profissionais da equipe - como lidar com tensões emocionais, a exemplo da síndrome de burnout, da depressão, da angústia moral e dos conflitos entre a equipe multidisciplinar (Aslakson et al., 2014)-leva a um fortalecimento e melhor atendimento aos pacientes e familiares (Manual de cuidados paliativos ANCP, 2012).

Os conflitos durante o tratamento de um paciente terminal são gerados principalmente por uma má comunicação entre pacientes, seus familiares ou qualquer pessoa com proximidade afetiva, médicos, enfermeiros, psicólogos, religiosos e os demais membros da equipe multiprofissional, participantes do processo. Essa dificuldade de interação pode ocorrer devido à existência de barreiras originadas em ideias preconcebidas, atitude corporal, percepções, interpretações, grau de escolaridade, significados pessoais, motivação, interesse, ausência de habilidade de comunicação (como em situações de traqueostomia, intubação, sedação e distúrbio de consciência), emoções, estado de ânimo, clima organizacional, idioma. Para vencer esses obstáculos é fundamental um ambiente propício para convivência com os familiares, a criação de um vínculo entre o médico e paciente ou representante para manter uma boa comunicação, o planejamento de encontros entre família, paciente e equipe de saúde, uniformidade das informações pela equipe multidisciplinar (Moritz et al., 2008), para que seja viável a decisão compartilhada entre equipe e paciente/família. Outras contribuições para tal fim seria educação permanente dos profissionais através de palestras, treinamentos, cursos de capacitação em comunicação/terminalidade, respeito ao tempo de entendimento e à decisão da

família, pois, o processo do morrer envolve inúmeros sentimentos não podendo ser considerado somente do ponto de vista racional (Moritz et al., 2008).

É preciso diferenciar os termos Fadiga por Compaixão, Síndrome Burnout, Estresse Pós-traumático e o foco dessa revisão, Moral Distress. A fadiga por compaixão é um estado exausto, físico e mentalmente, quando o profissional não consegue lidar com os sentimentos negativos, fruto do sofrimento, de seus pacientes de uma forma saudável. Sua resposta é, então, somática ou defensiva em relação ao seu trabalho (Lago, 2013).

A Síndrome Burnout é uma resposta a situações de estresse crônico composta por três dimensões: exaustão emocional (falta ou carência de energia, entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos); despersonalização (tratamento do outro como objeto, podendo levar a insensibilidade emocional) e baixa realização profissional (auto avaliação negativa mediante insatisfação e infelicidade) (Rosa & Carlotto, 2005).

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático consiste em reviver constantemente o trauma (recordações aflitivas e intrusivas de imagens, pensamentos ou percepções, sonhos e flashbacks dissociativos), com sofrimento psicológico e resposta somática; esquiva de estímulos que relembrem o trauma; embotamento da responsividade geral; e excitabilidade aumentada, com presença de pelo menos dois desses critérios: dificuldade de conciliar ou manter o sono, irritabilidade ou surtos de raiva, dificuldade em concentrar-se, hipervigilância e resposta de sobressalto exagerada. Tal quadro deve ser superior a um mês, e é desencadeado pela exposição a um evento traumático extremo (vivenciado ou testemunhado) que gera resposta intensa de medo, impotência ou horror (Almeida, 2012).

O termo “moral distress” (*sofrimento moral*) descreve uma situação em que o médico ou qualquer profissional de saúde são incapazes de agir em sua prática eticamente adequada devido a constrangimentos externos ou internos (Weissman, 2009), bem como por conflitos de ideias e incertezas morais (Forde & Aasland, 2008). O conceito tem sido mais bem descrito na literatura para a área de enfermagem, e mais recentemente, têm sido publicados artigos discutindo o sofrimento moral entre os médicos. Grande parte dos trabalhos descritos para a área de enfermagem concluiu que o desconforto moral surge em torno dos problemas diários enfrentados pela equipe consultora de cuidados paliativos como não reanimar, uso excessivo de tratamento de suporte de vida e condutas fúteis (Weissman, 2009).

Segundo Jameton (1984, p. 6) há uma distinção entre Incerteza Moral, Dilema Moral e Sofrimento Moral: Incerteza Moral surge quando a existência de um dilema ético é incerta, ou, quando confirmada, não se conhece quais princípios ou valores aplicam-se no conflito ético.

Os Dilemas Morais surgem quando dois ou mais princípios ou valores são conflitantes. Mais que um princípio pode ser aplicado e deve haver exclusão de um deles. O Sofrimento Moral ocorre quando um dilema ético ou o que é moralmente correto a se fazer estão em jogo, mas as restrições institucionais tornam impossível prosseguir o curso desejado de ação. Em 1993, Jameton faz a distinção entre dois tipos de sofrimento moral: aflição inicial e reativa. Aflição inicial envolve os sentimentos de frustração, raiva e ansiedade que as pessoas experimentam quando confrontados com obstáculos institucionais burocráticos e conflitos com outras pessoas sobre valores. Angústia reativa é o sofrimento que as pessoas sentem quando não agem de acordo com sua angústia inicial (Jameton, 1993).

As questões éticas em cuidados paliativos, muitas vezes surgem devido a preocupações sobre quanto e que tipo de cuidado faz sentido para alguém com uma expectativa de vida limitada. Muitas vezes existe conflito entre médicos, enfermeiros, outros membros da equipe de saúde, pacientes e familiares sobre o que constitui os cuidados adequados, particularmente nos pacientes que se aproximam da morte (Gillick, 2007).

De acordo com as orientações do Hastings Center sobre o tratamento sustentável no fim da vida e cuidados no estado de morte: "Se um profissional de saúde tem sérias objeções à decisão do paciente ou de seu acompanhante, de modo que a sua realização é impossível como uma questão de consciência ou compromisso de princípio, o profissional não é obrigado a fazê-lo" (The Hastings Center, 1987), também é chamado de objeção de consciência. Para Wicclair (2000), "um apelo à consciência moral tem peso significativo somente se os valores éticos fundamentais em que se baseiam correspondem a um ou mais valores fundamentais na medicina" (Wicclair, 2000). Não é incomum que haja conclusões diferentes sobre o que deve ser feito entre pacientes ou seus representantes e médicos. Isso pode interferir no cuidado, especialmente se médicos deixam dominar-se pelo sentimento de obrigação em prestar assistência, pelo respeito à autonomia do paciente ou pela crença de que recusar o tratamento seria abandonar o paciente ou sofrer uma ação judicial (Gillick, 2007).

Os valores individuais ofuscam a capacidade de avaliar objetivamente os fatos para que possam ser feitos adequados julgamentos. A personalidade, formas individuais de enfrentamento, experiências vividas e presença simultânea de outros estressores determinam diferentes manifestações de sofrimento moral, cuja presença é inevitável. Lidar com angústia moral requer auto-reflexão e capacidade de reagir, apesar do sofrimento. A força motora para esse enfrentamento é a busca constante pela melhoria do sistema de atendimento (Weissman, 2009).

A qualidade nos cuidados em saúde não é apenas uma questão de competência técnica e científica, mas também de atitudes e habilidades dos profissionais em identificar e lidar com conflitos de valores. Quando um profissional é forçado a trabalhar em um ambiente contrário a seu ideal ético (auto-imagem profissional), a satisfação com sua atividade é reduzida e o sentimento de angústia aumentado (Forde & Aasland, 2008). Se valores e objetivos de uma organização são semelhantes aos de seus funcionários, maior satisfação e níveis mais baixos de síndrome de burnout são susceptíveis de ocorrer (Bischoff et al., 1999).

Melhora da expectativa de vida, melhor controle, prevenção, cura, confiabilidade e precisão, proporcionados pelo desenvolvimento científico e tecnológico, influenciam positivamente doentes e sua doença, mas revelam o desafio de lidar com terminalidade, angústias, impotência, culpa, raiva, negação (Duarte, 2005), evasão, inseguranças, atos infrutíferos, omissão, medo de processos judiciais e o embate com diferentes valores, expectativas e princípios. Como e até quando os pacientes em situações críticas devem ser tratados? Quais os limites da intervenção a partir da gama de recursos existentes (decisões de recusar ou suspender tratamentos considerados fúteis ou inúteis)? Formados para salvar e curar, a morte é associada pelos profissionais de saúde à sensação de fracasso ou erro (Duarte, 2005). É preciso entender a morte como inevitável e não como derrota. A não aceitação da finitude da vida resulta apenas em prolongamento do processo de morrer, manutenção de um paciente sem melhor prognóstico e subvalorização da dignidade da pessoa humana em amplo aspecto, cenário comum nas Unidades de Terapia Intensiva (Hilkner&Hilkner, 2012).

Essa análise remete a questão dos custos envolvidos e da alocação de recursos na área da saúde. O investimento em quadros clínicos sem retorno de um real benefício poderia ser destinado a outros quadros que gerariam saúde e atingiriam maior número de pessoas, ou seja, um melhor gerenciamento visando sanear um dos itens do nosso problema de saúde. Outro aspecto é a rotatividade dos profissionais no ambiente de terapia intensiva. Nem sempre o profissional de plantão tem envolvimento com toda a evolução da doença do paciente internado e apenas obedece a decisões tomadas anteriormente por seus colegas e familiares, o que resulta em incapacidade de lidar com o ferimento de suas crenças ou a sensação de não ter feito todo o possível (Hilkner&Hilkner,2012). Há uma defasagem entre a posição hierárquica do profissional de saúde e o tempo de convivência com seu paciente (Duarte, 2005).

A equipe multiprofissional de uma UTI é composta por médico, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, fonodólogo, odontólogo e teólogo e depende do apoio de serviços como laboratório clínico,

radiologia, farmácia e manutenção de equipamentos para seu pleno funcionamento. Do planejamento e organização até o atendimento, o objetivo comum da ação em uma unidade de terapia intensiva é a recuperação do paciente em tempo hábil e, para tal fim, são estabelecidas diferenciações de funções, normas, tipos de condutas, padrões de avaliação, firmando-se os papéis de cada elemento dentro da unidade, desempenhando uma tarefa em conjunto. A UTI é um ambiente isolado e fechado, sendo assim, os profissionais de saúde vivem intensamente, entrelaçando questões pessoais e profissionais. Abriga situações emergenciais, concentra pacientes críticos, com alterações súbitas no estado de saúde, estrutura física de alta tecnologia, ruídos provenientes dos monitores, respiradores e bombas de infusão. O trabalho é caracterizado por um ritmo intenso e acelerado de atividades, com extensa jornada de trabalho, tornando o local gerador de estresse (Kamada, 1978; Rodrigues, 2012).

A unidade de terapia intensiva pediátrica é particularmente desafiadora, pois envolve uma população vulnerável em sua essência, muitas vezes recém-nascidos de extremo baixo peso, em que a luta pela sua sobrevivência, o esforço para ajudá-los a viver fazem os profissionais depararem-se com o limite entre suporte artificial de vida e obstinação terapêutica, tornando esse ambiente de cuidados críticos emocional e eticamente sensível. Adiciona-se a isso a visão sociocultural e religiosa em lidar com a morte e o fato de que a morte de uma criança parece ir contra a ordem natural da vida, dificultando qualquer limitação no tratamento desses pacientes, independentemente de seu diagnóstico e prognóstico. Cenário, então, de conflitos morais e éticos de preservação da vida e alívio do sofrimento.

Diante disso, é fundamental a reflexão sobre o sofrimento moral presente no contexto desses profissionais, as principais situações em que ocorre, conhecer as consequências individuais e para o trabalho coletivo a fim de serem encontradas possíveis soluções para sua prevenção e seu enfrentamento.

IV. METODOLOGIA

- Desenho do estudo

Revisão Sistemática de Literatura sobre o sofrimento moral na equipe multidisciplinar em cuidados paliativos

- Delineamento do estudo

Estratégia de busca estruturada com utilização de termos semelhantes

Busca sistematizada e hierarquizada

Emprego de operadores booleanos específicos como estratégia para busca

- Tipos de estudos incluídos

Idioma: Inglês, português, espanhol

Período: publicados até abril de 2015

Artigos que abordassem tanto unidade de terapia intensiva pediátrica quanto a neonatal, não sendo feita restrição pelas diferenças mínimas entre esses dois ambientes, objetivando uma visão geral e possíveis especificidades sobre o tema encontradas nos estudos.

- Tipos de estudo excluídos

Os critérios de exclusão foram:

Artigos sem resumo disponível, artigos que fujam do tema, cartas do leitor, estudos publicados após abril de 2015, artigos de revisão, relatos de caso.

- Localização dos estudos

Levantamento bibliográfico informatizado em duas bases: PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) e SCIELO (<http://www.scielo.org/php/index.php>) , com o objetivo de abranger as publicações norte-americanas, europeias e latino-americanas

- Revisão bibliográfica informatizada

As palavras-chave utilizadas foram baseadas nos termos MeSH “Medical Subject Headings” da United States National Library of Medicine, usados na indexação (descrição de assuntos) e recuperação dos registros ingressados nas bases de dados.

Palavras-chave(descriptores)

Sofrimento moral (Moral distress)

Cuidados paliativos (palliative care)

Ethical climate

Multidisciplinary team

Intensive care

Physician-nurse relations

“Keywords” (“MeSH terms”)

- “palliative care”

Está relacionado com os seguintes termos: “Analytical, Diagnostic and Therapeutic Techniques and Equipment Category, Therapeutics, Patient Care”

-“intensive care”

Está relacionado com os seguintes termos: “Analytical, Diagnostic and Therapeutic Techniques and Equipment Category, Therapeutics, Patient Care, Critical Care”

-“ Physician-Nurse Relations”

Está relacionado com os seguintes termos: “Psychiatry and Psychology Category, Behavior and Behavior Mechanisms, Psychology, Social, Interpersonal Relations, Interprofessional Relations”

- Estratégia para identificação dos artigos

Argumentos de busca foram instituídos conforme quadro abaixo:

Quadro 1: Descritores utilizados na busca sistematizada

PUBMED	Moral distress	AND	Palliative care in pediatric intensive care unit		
	Moral distress	AND	intensive care in pediatric intensive care unit		
	Moral distress	AND	multidisciplinary team in pediatric intensive care unit		
	Moral distress	AND	multidisciplinary team	AND	palliative care in pediatric intensive care unit
	Moral distress	AND	physician-nurse relations in pediatric intensive care unit		
	Moral distress	AND	physician-nurse relations	AND	palliative care in pediatric intensive care unit
	Moral distress	OR	ethical climate	AND	palliative care in pediatric intensive care unit

Foi realizada a identificação inicial nas respectivas bases de dados pela leitura do título e do resumo quando disponível para avaliar a similaridade do artigo científico com os critérios de inclusão propostos. Quando essa conclusão foi possível a partir do título e resumo, o texto completo foi solicitado via VPN/UFBA e então procedeu-se à leitura completa do artigo para confirmar elegibilidade. Posterior seleção ou exclusão do artigo para análise qualitativa de dados. No caso dos artigos que não foram disponibilizados gratuitamente por meio eletrônico, foi feita solicitação por meio dessa instituição de ensino ou aquisição levando em consideração custo e disponibilização direta do autor.

V. RESULTADOS

V.1. Busca e total de artigos selecionados

Nenhum resultado de busca foi encontrado utilizando os descritores selecionados – **“Moral distress and Palliative Care in pediatric intensive care unit”**, **“Moral distress and Intensive Care in pediatric intensive care unit”**, **“Moral distress and multidisciplinary team in pediatric intensive care unit”**, **“Moral distress and multidisciplinary team and Palliative Care in pediatric intensive care unit”**, **“Moral distress and physician-nurse relations in pediatric intensive care unit”**, **“Moral distress and physician-nurse relations and Palliative Care in pediatric intensive care unit”**, **“Moral distress or ethical climate and Palliative Care in pediatric intensive care unit”** – na base de dados SCIELO (<http://www.scielo.org/php/index.php>), inclusive com tais descritores em português.

Na base de dados PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), foram obtidos os seguintes resultados:

Quadro 2. Total artigos encontrados

Descritor utilizado	Total de artigos encontrados
Moral distress and Palliative Care in pediatric intensive care unit	7
Moral distress and Intensive Care in pediatric intensive care unit	30
Moral distress and multidisciplinary team in pediatric intensive care unit	2
Moral distress and multidisciplinary team and Palliative Care in pediatric intensive care unit	1

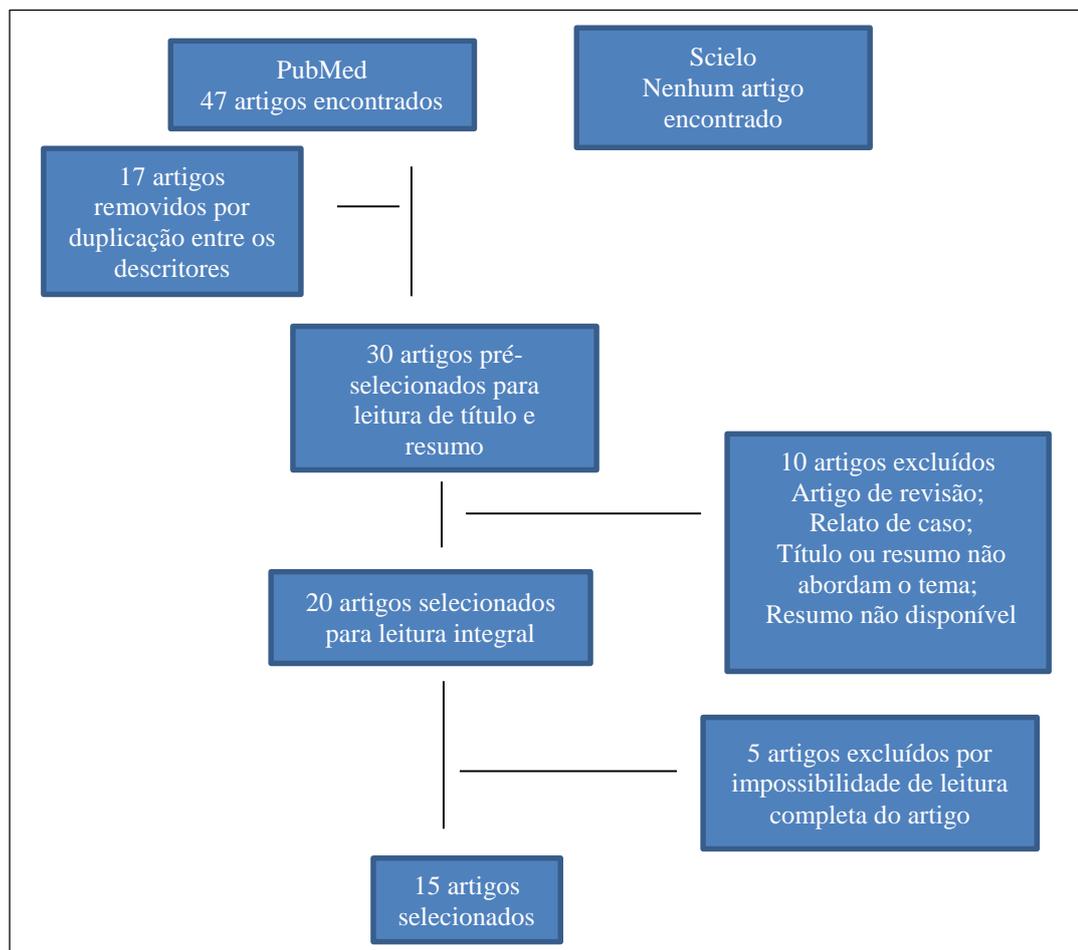
CONTINUA

Quadro 2.[continuação]

Moral distress and physician-nurse relations in pediatric intensive care unit	Sem resultado de busca
Moral distress and physician-nurse relations and Palliative Care in pediatric intensive care unit	Sem resultado de busca
Moral distress or ethical climate and Palliative Care in pediatric intensive care unit	7

Utilizando os termos da pesquisa acima descritos, sem considerar a duplicidade dos artigos encontrados em mais de um descritor, foram encontrados 30 artigos. A partir da leitura do título e resumo, foram excluídos 10 artigos. Foram eleitos 20 artigos para inclusão, sendo selecionados 15 artigos após viabilidade de leitura completa, identificados no quadro 3.

Fluxograma 1: Processo de seleção de artigos para revisão sistemática



V.2. Os 15 artigos selecionados

Quadro 3. Os 15 artigos selecionados

a) Resultado da busca para identificar quais os motivos que geram os conflitos entre os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no cuidado paliativo: 11 artigos

<p>Whitehead PB, Herbert-son RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM.</p>	<p>2015</p>	<p>Participantes: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, capelães, nutricionistas em um grande centro</p> <p>Objetivo: avaliar o nível de sofrimento moral, identificar suas causas, explorar as relações entre sofrimento moral e percepções de clima ético, intenção de demitir-se e educação em cuidado e tratamento da dor no fim da vida</p>	<p>Retirada do tratamento de suporte; Cuidados diminuídos devido à falta de comunicação; Pressão das seguradoras ou administradores para reduzir custos (comum a todos os grupos profissionais não-UTI, mas não para os grupos de UTI); Atender os desejos de familiares em continuar suporte de vida sem resposta ao paciente (mais comum entre os médicos da UTI bem como não-UTI)</p>
<p>Epstein EG</p>	<p>2008</p>	<p>Entrevistas semi-estruturadas, entre 21 enfermeiros, 11 médicos e pais dos pacientes, realizadas até uma semana após a morte deles, em uma UTIN de alta complexidade.</p> <p>Objetivo: explorar experiências de fim da vida em UTI neonatal, vividas no período compreendido entre após a decisão de retirar a continuidade de tratamento</p>	<p>Relacionamentos entre médico e pais classificados, pelos médicos, como “pobre”; Falta de influência na tomada de decisão (entre enfermeiros); Tratamento prolongado e agressivo, considerado fútil</p>

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

		agressivo de uma criança e a conclusão dos cuidados pós-morte, período chamado de EOLP (“pediatric end of life”).	
Gale G, Brooks A	2006	Participantes: médico, enfermeiro, assistente social e capelão Objetivo: reflexão sobre as questões que envolvem a morte de um paciente assistido na unidade de estudo	Inconsistências no tratamento da dor; Sentimento de assédio por questionamentos de colegas; Confusão sobre a política de não reanimar; Falta de apoio para problemas de comunicação com a família
Boss RD, Geller G, Donohue PK	2015	Participantes: residentes de pediatria e neonatologia ao longo de seus rotatórios clínicos em unidade de cuidados intensivos neonatal Objetivo: obter uma melhor compreensão sobre algumas experiências conflituosas no cuidado de pacientes críticos	Reanimação; Tratamento de prematuros extremos

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

Wall S, Austin WJ, Garros D	2015	<p>Objetivo: explorar as influências organizacionais sobre sofrimento moral para profissionais de saúde (perspectiva multi-disciplinar, incluiu nutricionistas, terapeuta respiratório, assistente social, enfermeiros, médicos intensivistas e residentes) que trabalham em unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP).</p> <p>Os dados foram obtidos a partir da análise secundária dos dados de entrevistas coletadas para um estudo canadense sobre sofrimento moral na UTIP.</p>	Hierarquia profissional na UTIP que comprometeu a capacidade das pessoas de participar do processo de tomada de decisão; Falta de apoio emocional dentro da equipe
Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, Berndt A, Robichaux C	2015	<p>Objetivo: explorar as percepções de sofrimento moral, resíduo moral e clima ético. Os instrumentos utilizados foram Moral Distress Scale (MDS), the 38-item adult version (MDS-A) e o the 20-item pediatric/neonatal version (MDS-P/N), o Olson's Hospital Ethical Climate Survey (HECS) e duas perguntas abertas desenvolvidas pelos autores.</p>	Decisões de tratamento; Políticas hospitalares e de apoio gerencial inadequadas em questões difíceis de atendimento ao paciente

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

<p>Maguire D, Webb M, Passmore D, Cline G</p>	<p>2012</p>	<p>Objetivo: descrever as experiências relacionadas às questões éticas e morais vividas por enfermeiros na UTIN de um hospital infantil</p>	<p>Cuidar das crianças; Lidar com as famílias; Preparo para alta hospitalar das crianças (processo de desmame de drogas, questões físicas e mentais a longo prazo das crianças, bem como o tipo de ambiente que passariam a viver -capacidade dos responsáveis de cuidar, temor de abusos, dificuldades com a alimentação)</p>
<p>Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, Montgomery K.</p>	<p>2010</p>	<p>Objetivo: descrever o sofrimento moral em enfermeiros de duas UTIN de alta complexidade de dois hospitais dos Estados Unidos, identificando as situações clínicas que o originam, sua frequência (quantas vezes uma determinada situação ocorre no curso de prática) e intensidade (quantificar angústia em cada situação) e examinar, se houver, fatores demográficos associados, utilizando o The Moral Distress Scale Neonatal—Pediatric Version (MDSNPV)</p>	<p>Seguir os desejos da família em medidas de prolongamento da vida, mesmo que não trouxesse grandes benefícios para a criança; Permanência de suporte de vida quando não é o melhor interesse do paciente</p>
<p>Golec L</p>	<p>2009</p>		<p>Sofrimento moral como combinação de um sentido de grande responsabilidade com um sentimento de impotência resultante de decisões tomadas a partir de preferências pessoais, sem evidências científicas e clínicas</p>

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

<p>Janvier A, Nadeau S, Deschênes M, Couture E, Barrington KJ</p>	<p>2007</p>	<p>Questionários sobre reanimação neonatal e evolução neurológica em prematuros abaixo de 28 semanas para grupos de residentes em obstetrícia e pediatria de quatro centros universitários do Canadá (A,B,C e D) e enfermeiros da sala de parto, da unidade de terapia intensiva neonatal do hospital maternidade (UTIN) e os enfermeiros que trabalham na UTIN de um hospital infantil. Questões analisadas: Frequência do sofrimento moral nos residentes e enfermeiros que cuidam de prematuros extremos; Fatores associados com o confronto ético como a idade, o sexo, o fato de ter filhos, experiência, local de trabalho, o conhecimento de sequelas neurológicas a longo prazo em prematuros e opiniões sobre a aceitabilidade de reanimação de baixa viabilidade</p>	<p>O estudo não especificou quais circunstâncias originam sofrimento moral entre os residentes e enfermeiros participantes</p>
---	-------------	--	--

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

Hefferman P, Heilig S	1999	Estudo qualitativo, reunindo profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Objetivos: identificar os dilemas éticos e descrição do impacto, se houvesse, que tais dilemas tinham sobre o cuidado ou sobre a compreensão de si mesmo como prestadores de cuidados de saúde	Reanimação e tratamento dos bebês de 23-24 semanas; Papel do médico na decisão final do tratamento; Prolongamento da morte, sem benefícios ao paciente; Qualidade de vida, angústia, frustração com a atividade realizada; Limite no cuidado de crianças com pequenas chances de sobrevivência e futilidade; Hierarquia profissional nas decisões e impotência, forma de comunicar aos pais o quadro clínico de seus filhos a fim de que eles não optem por tratamento fútil e estejam verdadeiramente cientes de todas as consequências
-----------------------	------	---	--

b) Resultado da busca para analisar as consequências do sofrimento moral no profissional de saúde: 7 artigos

Boss RD, Geller G, Donohue PK	2015	Participantes: residentes de pediatria e neonatologia ao longo de seus rodízios clínicos em unidade de cuidados intensivos neonatal Objetivo: obter uma melhor compreensão sobre algumas experiências conflituosas no cuidado de pacientes críticos	A exclusão do processo de decisão gerou mais descontentamento com as decisões dos supervisores, mais confusão sobre a lógica que direcionou as decisões e mais conflito sobre como realizar essas decisões
Golec L	2009		O sofrimento moral pode ser debilitante tanto para pessoas físicas como para a assistência ao paciente

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

Wall S, Austin WJ, Garros D	2015	<p>Objetivo: explorar as influências organizacionais sobre sofrimento moral para profissionais de saúde (perspectiva multidisciplinar, incluiu nutricionistas, terapeuta respiratório, assistente social, enfermeiros, médicos intensivistas e residentes) que trabalham em unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP).</p> <p>Os dados foram obtidos a partir da análise secundária dos dados de entrevistas coletadas para um estudo canadense sobre sofrimento moral na UTIP.</p>	<p>Houve sentimento de divisão, hostilidade, medo e desconfiança em relação à gestão da equipe que fez tornar-se difícil ou mesmo impossível defender o que eles precisavam para fornecer o cuidado, fazer decisões éticas, ou responder a situações particularmente difíceis neste contexto desafiador.</p>
Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, Berndt A, Robichaux C	2015	<p>Objetivo: explorar as percepções de sofrimento moral, resíduo moral e clima ético. Os instrumentos utilizados foram Moral Distress Scale (MDS), the 38-item adult version (MDS-A) e o the 20-item pediatric/neonatal version (MDS-P/N), o Olson's Hospital Ethical Climate Survey (HECS) e duas perguntas abertas desenvolvidas pelos autores.</p>	<p>Entre os participantes, 17% (n = 9) relataram que tinham deixado uma posição de enfermagem por causa do sofrimento moral</p>

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, Montgomery K.	2010	Objetivo: descrever o sofrimento moral em enfermeiros de duas UTIN de alta complexidade de dois hospitais dos Estados Unidos, identificando as situações clínicas que o originam, sua frequência (quantas vezes uma determinada situação ocorre no curso de prática) e intensidade (quantificar angústia em cada situação) e examinar, se houver, fatores demográficos associados, utilizando o The Moral Distress Scale Neonatal—Pediatric Version (MDSNPV)	Demissão ou desejo de deixar o emprego; Mudança na assistência ao paciente
[editorial] Lantos	2007		Sofrimento moral, não como um problema, mas podendo ser visto como progresso, já que pode ocorrer quando uma sociedade está em um momento de transição moral, por exemplo nas mudanças de atitude para com os recém-nascidos prematuros extremos, baseadas em avaliações individualizadas de prognóstico.

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

Lee KJ, Dupree CY	2008	<p>Objetivo: examinar as experiências de cuidadores de uma criança em fim de vida e concluir se as respostas dos membros da equipe sugerem espontaneamente sofrimento moral, como descrito na literatura. Experiências consecutivas de morte foi fator para inscrição dos participantes.</p> <p>Foram identificados cinco grandes temas nas entrevistas: importância da comunicação, suporte uns aos outros, ambigüidade sobre o uso da tecnologia, tristeza e apoio emocional.</p> <p>Mágoa, ao invés de sofrimento moral, foi a resposta psicológica dominante dos prestadores de cuidados.</p>	<p>A equipe recebeu bem a tristeza como um sinal de sua humanidade e capacidade de se conectar com o paciente e a família, mas não se sente devidamente apoiada em lidar com sua dor.</p>
-------------------	------	---	---

c) Resultado da busca para sugerir soluções possíveis para enfrentamento ou prevenção do sofrimento moral:8 artigos

Gale G, Brooks A	2006	<p>Participantes: médico, enfermeiro, assistente social e capelão</p> <p>Objetivo: reflexão sobre as questões que envolvem a morte de um paciente assistido na unidade de estudo</p>	<p>Uma reunião entre enfermeiros, médicos, assistente social e capelão para discutir o curso de tratamento de um bebê prematuro internado por sofrimento fetal foi o impulso para desenvolver um programa formal que iria fornecer uma abordagem mais coerente para cuidados paliativos na instituição</p> <p>Foi formado um comitê de planejamento para desenvolvimento de um Protocolo de Cuidados Paliativos, Caminho para cuidados Paliativos, e um Recurso de gerenciamento paliativo da dor.</p> <p>As discussões proporcionadas por esse Programa aumentou a consciência da diferença entre os profissionais, proporcionou um fórum de escuta e apoio, e maior consciência e acesso a serviços psicológicos gratuitos disponíveis através do Programa de Assistência ao Empregado do hospital.</p>
------------------	------	--	---

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

Ewing A, Carter BS	2004	“Partners in Caring” é um programa de apoio pessoal para diminuir resultados potencialmente negativos do estresse no local de trabalho para funcionários, pacientes e familiares. Foram identificadas as fontes de estresse no trabalho, seus métodos preferidos para lidar com o estresse e sugestões para a assistência através de uma pesquisa informal.	Apoio pessoal e atividades motivacionais, incluindo eventos para aumentar a autoestima da equipe e sua coesão. Apoio aos membros da equipe, fornecendo educação, conselhos práticos, estratégias de enfrentamento e identificação de limites para lidar com desafios pessoais através de grupos de discussão, com compartilhamento de experiências, para ajudar a examinar algumas das experiências emocionalmente exigentes encontradas na unidade de terapia intensiva
Wall S, Austin WJ, Garros D	2015	Objetivo: explorar as influências organizacionais sobre sofrimento moral para profissionais de saúde (perspectiva multi-disciplinar, incluiu nutricionistas, terapeuta respiratório, assistente social, enfermeiros, médicos intensivistas e residentes) que trabalham em unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP). Os dados foram obtidos a partir da análise secundária dos dados de entrevistas coletadas para um estudo canadense sobre sofrimento moral na UTIP.	Apoio à gestão, pessoal e recursos adequados, políticas e procedimentos flexíveis e sólidos, trabalho em equipe inclusivo e respeitoso e tempo e suporte para reuniões de informação e discussão, tudo dentro de um contexto de discussão aberta sobre valores éticos

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, Berndt A, Robichaux C	2015	Objetivo: explorar as percepções de sofrimento moral, resíduo moral e clima ético. Os instrumentos utilizados foram Moral Distress Scale (MDS), the 38-item adult version (MDS-A) e o the 20-item pediatric/neonatal version (MDS-P/N), o Olson's Hospital Ethical Climate Survey (HECS) e duas perguntas abertas desenvolvidas pelos autores.	Os resultados do estudo, juntamente com recomendações subsequentes de consultores, resultaram no desenvolvimento da NEC (conselho ético de enfermagem) e da ética baseada em unidade de <i>steward program</i> em 2009
Golec L	2009		Os efeitos nocivos do sofrimento moral podem ser minimizados através de um ambiente onde há reconhecimento, cooperação, transparência, colaboração interdisciplinar, responsabilidade e tomada de decisão compartilhadas, responsabilização (prestação de contas) e suporte

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

Janvier A, Nadeau S, Deschênes M, Couture E, Barrington KJ	2007	Questionários sobre reanimação neonatal e evolução neurológica em prematuros abaixo de 28 semanas para grupos de residentes em obstetrícia e pediatria de quatro centros universitários do Canadá (A,B,C e D) e enfermeiros da sala de parto, da unidade de terapia intensiva neonatal do hospital maternidade (UTIN) e os enfermeiros que trabalham na UTIN de um hospital infantil. Questões analisadas: Frequência do sofrimento moral nos residentes e enfermeiros que cuidam de prematuros extremos; Fatores associados com o confronto ético como a idade, o sexo, o fato de ter filhos, experiência, local de trabalho, o conhecimento de sequelas neurológicas a longo prazo em prematuros e opiniões sobre a aceitabilidade de reanimação de baixa viabilidade	Encontrar formas de apoiar os funcionários que são afetados podem ajudar a reduzir a rotatividade e melhorar a satisfação pessoal, mesmo que o confronto ético não possa ser evitado
--	------	---	--

CONTINUA

Quadro 3.[continuação]

Mercurio MR	2011	Objetivo: breve visão geral da estrutura e finalidade de um comitê de ética, seguido de duas discussões de casos, compostos por elementos de mais de um caso real, objetivando ilustrar como um comitê de ética pode avaliar um dilema ético clínico na UTIN, incluindo os princípios éticos e considerações comumente exercidas.	O comitê de ética mostra-se útil aos profissionais de saúde, pois através dele, casos podem ser elucidados por pessoas imparciais, eles não lidarão sozinhos com dilemas difíceis e conflitos, pode ser um auxílio no reconhecimento mais claro dos valores e desejos dos pacientes através da intermediação com familiares, pode contribuir para o sentimento de participação (dando a todos, familiares e profissionais, a oportunidade de ouvir as opiniões e raciocínios dos outros, sendo um ambiente aberto ao discurso honesto)
----------------	------	---	--

VI.DISSCUSSÃO

VI.1. Causas e consequências do sofrimento moral para o profissional de saúde

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica. Elas são denominadas de acordo com grupo etário específico em (Portaria N° 930, de 10 de maio de 2012, Ministério da Saúde):

1. Neonatal- atendem pacientes de 0 a 28 dias;
2. Pediátrico – atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
3. Adulto – atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
4. Especializada- voltadas para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a um grupo específico de doenças.

Os avanços na tecnologia médica de suporte de vida aumentaram as possibilidades, a intensidade (tratamento agressivo e invasivo) e a extensão das intervenções, tendo suscitado debates a respeito dos limites da ação, com probabilidade de poucos benefícios para os pacientes. Exemplo constante desse impasse se deve a discussão dos limites de investimento em recém-nascidos prematuros extremos pertencentes à chamada zona cinzenta – bebês nascidos com idade gestacional e peso ao nascer entre os seguintes grupos: idade gestacional menor que 23 semanas de gestação e peso ao nascer inferior a 500 g e idade gestacional maior ou igual a 25 semanas e com um peso de nascimento maior ou igual a 600 g. Nesse caso, a sobrevivência e os resultados a longo prazo são incertos e difíceis de prever para cada paciente (Seri & Evans,2008).

Esse cenário foi o início do estudo dirigido por Hefferman & Heilig (1999), em que foi possível conhecer os dilemas éticos e os impactos na atuação profissional de funcionários da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Centro Médico da Califórnia (Hefferman & Heilig,1999). A preocupação primária de todos os participantes desse estudo, com exceção dos neonatologistas, estava relacionada à reanimação e ao tratamento dos prematuros entre 23

e 24 semanas. Depoimentos dos enfermeiros refletiram a manutenção de tratamento fútil e sua anuência pelos pais e pela gestão hospitalar, o que permitiu identificar o sofrimento moral vivenciado por esses participantes e a intensidade da resposta emocional, como exemplificado abaixo:

“Esse bebê era extremamente prematuro e seu prognóstico era ruim após o nascimento. Três semanas de alta pressão só demonstraram prolongar a sua morte, em vez de melhorar a viabilidade. Eu sinto que os pais nunca tiveram uma verdadeira compreensão sobre a gravidade da situação. (...) Todos os dias foram frustrantes e muitas vezes angustiantes. Eu definitivamente sinto que, mesmo com todo conhecimento técnico, não conseguimos dar bons cuidados tanto para esta criança em particular e a seus pais. (16 anos em enfermagem / 16 anos na UTIN)”. (Tradução livre. Hefferman & Heilig, 1999, p.175).

“É compreensível que os pais querem ressuscitar os seus bebês, mas, geralmente, é uma situação eticamente muito difícil para nós. Eu acho que tomamos uma posição geral com os pequenos. Nós atiçamos, estimulamos e os torturamos por semanas, damos falsas esperanças aos pais, estressamos a equipe e, em seguida, eles são liberados e permitidos morrer... para nós, essa é eticamente a pior parte do nosso trabalho. Eu tenho lembranças de ir para casa odiando meu trabalho, furiosa com o diretor médico, depois de passar várias noites com um bebê de 23 semanas. Eu/nós não somos Deus para decidir se um bebê de 23 semanas estará bem, saudável, será um adulto feliz, etc., mas nós temos estatísticas e vários anos de experiências para saber que as chances são pequenas. Sabendo o que sei, não salvaria prematuros de 23 semanas (se dada essa escolha).” (11 anos em enfermagem/11 anos em UTIN). (Tradução livre. Hefferman & Heilig, 1999, p.176).

Para Hefferman&Heilig (1999) as questões éticas envolvendo esse cenário possuem um forte componente emocional, contribuindo para o aumento da sua complexidade o crescente sofrimento moral entre os cuidadores diretos causado pelo tratamento agressivo de prematuros de extremo baixo peso. Para eles, há um obstáculo criado pelo sofrimento moral em continuar esse tipo de tratamento e que a tomada de decisão sobre reanimação e tratamento desses

pacientes, feita de maneira hierárquica, também dificulta a resolução dos conflitos (Hefferman&Heilig, 1999).

A experiência de residentes e enfermeiros de um centro universitário do Canadá com bebês prematuros também foi foco de estudo por Janvier et al. (2007). Eles chamaram Confronto Ético o que na literatura é também referido como Moral Distress. Janvier et al. (2007) concluíram que uma proporção substancial desses profissionais de saúde experimenta frequentemente confronto ético em suas práticas – 35% dos enfermeiros e 19% dos residentes – e que um número substancial de residentes e enfermeiros que cuidam de tais crianças prematuras não está bem informado sobre possíveis consequências neurológicas e muitos não reanimariam bebês, mesmo com 26 e 27 semanas de gestação que têm alto potencial de bom prognóstico. Para tais autores, a decisão de não reanimação de prematuros de 23 ou 24 semanas ou ter menos experiências com eles levam a menos vivência de mortes e complicações na UTIN, podendo também experimentar menos frequentemente sofrimento moral (Janvier et al.,2007).

Apesar de para ambos os grupos, confronto ético não ter sido associado com a religião, nível de formação ou anos de prática, sexo, idade e ter filhos ou não, no centro D, onde 36% dos residentes experimentaram confronto ético frequente, há também uma diversidade cultural. Sabe-se que a religião e o padrões culturais podem afetar as decisões de saúde, valores e decisões de reanimação e aumentar as tensões entre os profissionais de saúde que podem ter opiniões diferentes sobre o mesmo caso. Os dados encontrados foram consistentes com uma interpretação de que confrontos éticos são mais frequentes em sociedades que são mais pluralistas e multiculturais. Assim, as populações que são mais homogêneas em suas crenças podem ter experiência mais infrequente de confronto ético. Isso pode refletir menos variabilidade nos sistemas de valores, mas não significa necessariamente que as práticas são mais eticamente apropriadas. Não foram obtidas informações sobre os enfermeiros de diferentes centros universitários em toda a província de Quebec, Canadá, sendo feita comparações entre os enfermeiros em obstetrícia e neonatologia em dois hospitais diferentes do mesmo centro universitário. Como os enfermeiros do hospital infantil têm muitas experiências com prematuros que necessitam de tratamento cirúrgico ou outro cuidado especializado, eles geralmente vivenciam mais complicações do que as enfermeiras do hospital maternidade. Portanto, para os autores, quanto mais complicações são vistas, mais os enfermeiros têm uma falsa impressão de maus resultados em todos os prematuros extremos, o que leva a um maior limite para a reanimação neonatal e também relatam mais confronto ético, presumivelmente porque, cuidando de bebês em estado mais crítico, dúvidas sobre a adequação dos cuidados (suspensão, manutenção de suporte artificial de vida) são mais frequentes. Pelos resultados

obtidos, parece provável que sólidos conhecimentos acerca do prognóstico a longo prazo dos bebês prematuros extremos provavelmente reduziriam o confronto ético vivenciado por esses profissionais, porém, entre os residentes, o contrário pareceu ocorrer. O que se sugere é que a avaliação clara das possíveis condições de vida futuras e as provas fiáveis de qualidade de vida devem ajudar a colocar as opções de tratamento em perspectiva. Encontrar formas de apoiar a equipe pode ajudar a melhorar a satisfação individual ainda que os confrontos éticos não possam ser evitados. Uma limitação desse estudo foi não ter especificado quais circunstâncias originam sofrimento moral entre os residentes e enfermeiros participantes (Janvier et al.,2007).

As situações envolvendo obstinação terapêutica na unidade de terapia intensiva também foram comumente relatadas por Cavaliere et al. (2010), Epstein (2008) e Sauerland et al. (2015). As situações com maiores pontuações médias de frequência e intensidade no estudo de Cavaliere et al. (2010) foi "seguir os desejos da família por manter o suporte de vida, mesmo que não fosse o melhor interesse da criança", "iniciar ações intensivas de salvar vidas quando elas somente prolongariam o processo de morrer" e "participar de cuidados de ventilação mecânica, quando ninguém vai decidir suspendê-lo". As situações com níveis mais baixos de sofrimento moral foram semelhantes àqueles destinados à frequência e intensidade: ocultar informações dos pais; trabalhar com outros enfermeiros, auxiliares de enfermagem, apoio ou pessoal não licenciado considerados não competentes para o cuidado necessário; e considerar-se incompetente para cuidar de certos pacientes (Cavaliere et al. 2010).

O período de fim de vida (*Endoflife* - EOL, em inglês), foco do estudo realizado por Epstein (2008), foi definido como aquele iniciado depois da decisão em retirar ou suspender um tratamento mais agressivo de uma criança e finalizado após a conclusão dos cuidados pós-morte. Embora o estudo realizado por Epstein (2008) desejasse concentrar-se no período de fim de vida, ficou claro que as experiências de EOL dos participantes eram profundamente influenciadas por períodos que precederam a EOL, especialmente o período de tomada de decisão. A partir de uma perspectiva temporal, portanto, as experiências de fim de vida incluem a fase ativa de tratamento, a tomada de decisões e a EOL efetiva (Epstein, 2008).

Neste estudo, todas as instâncias de sofrimento moral surgiram como resultado de tratamento prolongado, agressivo, que era considerado fútil. Evidência de sofrimento moral ficou clara entre os médicos, mas mais frequentemente (43%) entre os enfermeiros. Dois temas que repetidamente surgiram neste contexto eram falsas esperanças e falta de continuidade de cuidado. Quando os enfermeiros acreditavam que um bom resultado era improvável, eles tendiam a interpretar tratamento agressivo prolongado como sendo parcialmente devido às falsas esperanças dadas pelas inúmeras tentativas, que resultavam ineficientes para reversão do

quadro clínico do paciente e pela flutuação do estado geral da criança. Outra razão para o tratamento agressivo prolongado foi a descontinuidade do tratamento pelos profissionais de saúde: a alta rotatividade entre os médicos e enfermeiros daquela unidade era comum (Epstein, 2008).

Um dos temas estudados por Whitehead et al. (2015) foi a relação entre sofrimento moral e educação em cuidados de fim de vida e controle da dor. Os profissionais que tinham recebido treinamento em cuidados de fim de vida tiveram maiores níveis médios de sofrimento moral do que aqueles sem essa formação. Uma tendência semelhante foi encontrada naqueles com formação em gestão de dor comparados àqueles sem, embora esta diferença não tivesse obtido significado estatístico. Estes resultados podem refletir uma maior dissonância entre os profissionais que aprendem as melhores práticas nos cuidados de fim de vida, mas são, em seguida, incapazes de aplicarem essas práticas em seu ambiente de trabalho. Como sofrimento moral é a incapacidade percebida em agir diante de obrigações e valores morais, o sofrimento moral pode aumentar nesses profissionais que não são capazes de agir de acordo com este novo entendimento (Whitehead et al.,2015).

Whitehead et al. (2015) e Cavaliere et al. (2010) encontraram resultados semelhantes relacionados a intenção/desejo de deixar o emprego suscitado pelo sofrimento moral vivenciado. Os profissionais participantes do estudo que tinham deixado ou consideraram deixar o emprego no passado relataram níveis médios de sofrimento moral significativamente mais elevados do que aqueles que nunca o tinha considerado. As pontuações para a questão do Moral Distress Scale Neonatal—Pediatric Version (MDSNPV) - escala psicométrica para medir frequência e intensidade do sofrimento moral, desenvolvida por M. Corley - "Você está pensando em deixar sua posição agora?" foram significativamente maiores para os profissionais que estavam considerando demitir-se no momento em relação àqueles que não planejavam isso no momento. Para Whitehead et al. (2015) os profissionais que consideraram deixar o emprego, mas em última análise, não o fizeram poderiam experimentar o "efeito crescente" de aumentar o sofrimento moral e resíduo moral. Uma outra resposta a exposição repetida a situações moralmente angustiantes é uma dessensibilização e retirada da assistência ao paciente. Esta dessensibilização poderia diminuir o sofrimento moral, contrariando o aumento da angústia de profissionais que experimentam o efeito crescente. É também possível que os profissionais se adaptem para atuar ao longo do tempo, portanto, diminuindo seu sofrimento moral. Esta é uma área que requer mais investigação para fornecer pistas para manter uma força de trabalho qualificada (Whitehead et al.,2015). Para Lee&Dupree (2008), os profissionais de saúde que trabalham com a morte têm a chamada "aflição marginalizada", porque eles não são

reconhecidos como pessoas enlutadas pela sociedade ou pelo ambiente de trabalho. Para esses autores, ser observador de seus próprios sentimentos de pesar ajuda a estabelecer relacionamentos profundos e cuidadosos com os pacientes. As experiências na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal podem ameaçar a integridade espiritual, levando a uma crise de fé (Ewing&Carter,2004).

Em consonância, os resultados de Cavaliere et al. (2010) revelam que os indivíduos que alteraram sua abordagem ao paciente em resposta ao sofrimento moral, que consideraram deixar um emprego prévio, mas não o fizeram, que consideraram demitir-se do emprego atual e que se consideraram não espirituais obtiveram níveis significativamente mais elevados de sofrimento moral, sem nenhuma outra variável demográfica responsável pela associação dessas quatro situações e nível de sofrimento moral, como idade, anos de experiência e nível educacional. Particularmente, os enfermeiros que acusaram terem desejado deixar um emprego prévio e não realizaram tiveram significativamente níveis mais elevados de sofrimento moral do que os enfermeiros que se demitiram por causa do sofrimento moral ou não consideraram a necessidade de deixar o emprego (Cavaliere et al. 2010).

Os resultados de Cavaliere et al. (2010) foram curiosos: as médias de frequência, intensidade e nível de sofrimento moral, foram considerados, de modo geral, baixos a moderados (0,4 a 2,88, 0,66 a 3,18, e 0,35 a 9,16, respectivamente), indicando que os indivíduos não perceberam que as situações descritas no instrumento utilizado ocorriam com frequência e causavam uma grande angústia. No entanto, a análise da pontuação obtida para cada participante revelou uma grande variação, constatando que o sofrimento moral é uma experiência subjetiva, sendo possível que alguns indivíduos estivessem vivenciando efeitos preocupantes do sofrimento moral (Cavaliere et al.,2010).

No estudo realizado por Janvier et al. (2007), o sofrimento moral não foi associado com religião, nível de formação ou anos de prática, sexo, idade e ter filhos ou não (Janvier et al.,2007). Cavaliere et al. (2010) também buscou associar o sofrimento moral com características demográficas. Idade, escolaridade, anos de experiência em enfermagem, anos em UTIN, religião, religiosidade, estado civil, conhecimento prévio sobre sofrimento moral, participação em grupos de apoio e sua utilidade não foram correlacionados com o nível de sofrimento moral dos sujeitos. Os sujeitos desse estudo são predominantemente casados, brancos, católicos e do sexo feminino e, portanto, os resultados obtidos podem não abranger homens, outras raças e religiões (Cavaliere et al.,2010).

Ao contrário do observado por Cavaliere et al. (2010), Sauerland et al. (2015) observou como situações mais angustiantes e frequentes a experiência em trabalhar com pessoal

considerado inseguro e incompetente, apesar de os participantes de tal estudo também classificarem cuidado fútil e tratamentos desnecessários como angustiantes, embora ocorressem em menor frequência. As situações que refletiram menor intensidade e frequência de sofrimento moral foram “ obedecer a ordem do prestador de cuidados de saúde em não discutir o status de código (a ordem de não ressuscitar) com os pais quando a criança torna-se ventilatório-dependente bem como em não discutir a morte iminente da criança quando solicitado pelos pais” (Sauerland et al.,2015). Whitehead et al. (2015) encontraram resultados variáveis entre os profissionais em relação a essa questão. Por exemplo, trabalhar com enfermeiros incompetentes ou outros profissionais foi classificado como alto nível de sofrimento moral para alguns membros da equipe, sendo especialmente doloroso para fisioterapeutas pediátricos, diferente do encontrado para enfermeiros ou médicos. Esta diferença pode ser influenciada pela prática daqueles que muitas vezes trabalham em várias áreas /unidades e convivem com diferentes graus de competência de seus colegas médicos e enfermeiros. Estas diferenças também podem indicar a importância das diferenças específicas do local e o valor do MDS-R para ajudar a identificar a causa que opera a nível institucional ou da unidade (Whitehead et al.,2015).

Comparando-se os valores de intensidade e frequência de sofrimento moral encontrado por Cavaliere et al. (2010) aos encontrados por Sauerland et al. (2015), observa-se que, nesses, foram consideravelmente menores (intensidade = 0,11-2,09; frequência=0,21-1,45, respectivamente). Para Sauerland et al. (2015), esse resultado pode refletir a influência do ambiente de estudo, já que sua amostra era constituída por enfermeiros pediátricos e neonatais em cuidados intensivos e Cavaliere et al. (2010) envolveram apenas enfermeiros da UTI neonatal. Os recém-nascidos podem representar uma população particularmente vulnerável e cuidar deles pode adicionar uma única e talvez mais aguda dimensão ao sofrimento moral dos enfermeiros (Sauerland et al., 2015).

A influência da população assistida foi vista de maneira divergente por Whitehead et al. (2015) em relação ao discutido por Cavaliere et al. (2010) e Sauerland et al. (2015). Houve diferenças significativas no sofrimento moral observadas entre médicos que cuidam de adultos, em comparação com ambientes pediátricos. O mesmo ocorreu em ambiente UTI e configurações não-UTI: independentemente da profissão, profissionais da UTI adultos relataram níveis mais elevados de sofrimento moral do que aqueles em um contexto pediátrico ou de não-UTI. Uma das explicações dadas pelos autores foi relacionada ao relacionamento entre a equipe. As unidades pediátricas da instituição de ensino são formadas por um número limitado de cuidadores, o que permite que eles sejam mais familiares uns com os outros e tenham contato pessoal diariamente, o que facilita uma abordagem baseada em equipe. Para os

cuidadores de adultos, no entanto, pode haver menos familiaridade, especialmente entre as profissões. Médicos em ambiente de cuidado destinado a adultos são responsáveis por um número maior de unidades e a comunicação é muitas vezes através do prontuário eletrônico. Isto cria desafios para assegurar a continuidade dos cuidados e forte comunicação da equipe (Whitehead et al.,2015).

Outra variável analisada por Whitehead et al. (2015) foi a influência do vínculo estabelecido entre cuidador e paciente, a consistência do contato. Os enfermeiros e outros prestadores de cuidados diretos tiveram níveis mais altos de sofrimento moral e diferiram significativamente de médicos e profissionais de cuidados indiretos, sendo que, os prestadores de cuidados indiretos revelaram as menores pontuações em sofrimento moral entre todos os grupos do estudo, significativamente mais baixas que as dos enfermeiros e outros prestadores de cuidados diretos. A "responsabilidade profissional" de prestação de cuidados diretos pode tornar os profissionais mais vulneráveis a experimentar o sofrimento moral (Whitehead et al.,2015).

Sauerland et al. (2015) e Whitehead et al. (2015) constataram a associação divergente entre frequência e intensidade de sofrimento moral e percepção pessoal do clima ético da instituição (hospital) - as percepções mais elevadas em clima ético foram associadas com as pontuações inferiores de sofrimento moral. No estudo de Sauerland et al. (2015), o The Moral Distress Score (MDS) refletiu a preocupação relacionada a tratamento inadequado e pessoal considerado não competente para o cuidado necessário, enquanto que o The Hospital Ethical Climate Survey (HECS) indicou que os enfermeiros acreditavam que seu ambiente de trabalho era moderadamente ético. O item com a maior média foi " Meus colegas ouvem as minhas preocupações sobre o atendimento ao paciente " (média de 4,47 [desvio-padrão 0,61]), seguido de "Eu trabalho com colegas competentes" (média de 4,37 [desvio-padrão 0,79]), e "Assistência dada ao paciente é segura na minha unidade" (média de 4,38 [desvio-padrão 0,85]). O item de menor pontuação foi " Conflito é abertamente tratado, apesar de não evitado " (média de 2,93 [Desvio-padrão 1,12]). Tal item sugere a existência de um clima ético que pode ser deficiente na resolução de conflitos. Além disso, todos os participantes identificaram itens que representam políticas hospitalares e de apoio gerencial no cuidado ao paciente difícil como inadequados. Da mesma forma, entre os itens de menor pontuação estava o envolvimento nas decisões de tratamento. A justificativa dada por Sauerland et al. (2015) para esses resultados é que os enfermeiros podem preocupar-se sobre determinada situação, mas não agem pois veem-se como tendo pouca influência, o que contribui para o sentimento de sofrimento moral (Epstein, 2008; Sauerland et al. 2015).

Conflito foi o tema mais difundido no estudo realizado por Boss et al. (2015), nas narrativas feitas por residentes pediátricos e neonatologistas de uma UTIN universitária dos Estados Unidos, tanto com as famílias de seus pacientes como entre os membros da equipe. Um conflito comum e muito angustiante surgiu quando os residentes se sentiram acusados por enfermeiras de não se importarem com os pacientes. Os participantes também descreveram vários conflitos de identidade como membros da equipe de neonatologia, como membros da profissão médica, como membros de suas próprias famílias e como membros da sociedade (expectativa quanto suas ações e sentimentos, responsabilidades para com pacientes e familiares, como dar sentido a estas experiências dentro de sua própria compreensão de família, pais e personalidade). Às vezes, as intensas emoções na UTIN refletiam nas relações pessoais dos residentes. Conflito e angústia também estiveram presentes enquanto aprendiam a cuidar de crianças gravemente doentes -o mais comum e pronunciado desafio moral estava relacionado com a reanimação e o tratamento de prematuros extremos. Os participantes que se sentiram excluídos do processo de decisão expressaram mais descontentamento com as decisões das autoridades de supervisão, mais incompreensões sobre a lógica por trás das decisões, e mais conflito sobre como realizar essas decisões (Boss et al.,2015).

Para Lantos (2007), quando as pessoas discordam, o local de trabalho é mais estressante. No entanto, uma homogeneidade não reflete necessariamente compreensão e atitudes corretas. A partir do estudo realizado por Janvier et al. (2007), ele reflete que confronto ou controvérsias éticas podem não ser de todo ruins, já que os participantes que relataram poucos confrontos éticos eram mais propensos a subestimarem, incorretamente, as chances de bom prognóstico para seus pacientes, levando até a não indicação de reanimação cardiopulmonar. Ou seja, um consenso pode minimizar o sofrimento moral sem necessariamente ser associado com conhecimento atualizado e preciso, melhor manejo dos pacientes e integridade moral. O que não significa que a presença mais frequente de confrontos reflète práticas eticamente inapropriadas. Para Lantos (2007), sofrimento moral ou confronto ético ocorrem quando a sociedade está em um momento de transição moral, percebida pela falta de consenso: não há certezas sobre o que é moralmente correto e é preciso discussão entre os envolvidos ou de forma mais abrangente. Então, mesmo que essas mudanças possam originar sentimentos éticos instáveis e sofrimento moral, há que se considerar um sinal de progresso ao invés de problemas (Lantos, 2007).

A Síndrome de Abstinência Neonatal é observada em crianças cujas mães fizeram uso de drogas, como cocaína e crack, álcool e uso prolongado de opióides, durante a gestação. Os efeitos das drogas sobre o feto dependem do tipo de droga, a quantidade, a frequência do uso e

o período gestacional em que ele ocorreu. Elas podem levar a grandes alterações no neurodesenvolvimento e comportamento das crianças. A manifestação clínica ocorre entre o 3º e o 5º dia após a última dose de droga utilizada pela mãe, podendo ocorrer tremores, hiperreflexia, irritabilidade e inquietação, choro agudo, distúrbio do sono, taquipnéia, crises de apneia, diarreia, vômitos, regurgitação entre outros (Margotto,2013). Mostra-se cada vez mais necessário a preparação dos profissionais de saúde para o manejo tanto dos recém-nascidos quanto de seus pais dependentes químicos, pois de acordo com o Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (Lenad Família), feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), entre 2012 e 2013, 5,7% dos brasileiros sejam dependentes de drogas (consumo de maconha, cocaína e seus derivados, ingestão de bebidas alcoólicas), índice que representa mais de 8 milhões de pessoas¹. As enfermeiras neonatais participantes do estudo conduzido por Maguire et al. (2012) apresentaram preocupações específicas descritas ao cuidar de lactentes com Síndrome de Abstinência Neonatal: como cuidar dessa população específica, lidar com as famílias e liberação dessas crianças para casa após o desmame das drogas (questões físicas e mentais das crianças a longo prazo e tipos de lares) (Maguire et al.,2012).

Foi observado nesse estudo de Maguire et al. (2012) o confronto com dois princípios morais: beneficência e não maleficência. Beneficência foi demonstrada em seus sentimentos de inadequação em cuidar dos pacientes e suas famílias, no sentido de que foram incapazes de confortar essas crianças, utilizando as técnicas profissionais. Eles também tinham dificuldade em se comunicar com as mães dessas crianças em vários estágios de dependência de drogas. As enfermeiras sentiam-se irritadas com o contexto envolvido, em que a dependência química infligiria sofrimento aos seus pacientes, mas lutavam em manter tal sentimento omitidos para que não causassem prejuízos aos pais como sentimento de frustração. Não houve na instituição treinamento para cuidar dos bebês com síndrome de abstinência neonatal bem como de seus pais (Maguire et al.,2012).

Não-maleficência foi evidenciada na preocupação quando da alta dos bebês da UTIN, passando a viver em lares instáveis onde poderiam ocorrer abusos e negligência. O temor envolvia a possibilidade de ações judiciais por essa anuência, apesar dessas possíveis consequências, mas também em relação a não sobrevivência dos bebês ou o tornarem-se novos

¹ Informação disponível em: <http://www.inpad.org.br/_lenad-familia>. Acesso em 16 dez. 2015.

viciados. Sentimento que persistia mesmo sendo dadas orientações aos pais do cuidado requerido a seus filhos (Maguire et al.,2012).

O desconforto dos enfermeiros em não possuir as habilidades necessárias em cuidar dessas crianças pode apoiar a sua crença de que as crianças com síndrome de abstinência neonatal não deveriam ser tratadas na UTIN, explicando uma fonte significativa de sofrimento moral. Outra fonte de sofrimento moral foi lidar com os pais viciados em drogas. Os enfermeiros relataram comportamento abusivo e agressivo dos pais. Vários questionaram a eficácia do cuidado de lactentes com síndrome de abstinência neonatal na UTIN: como enfermeiros da UTIN, eles não haviam sido treinados especificamente para cuidar dessa população específica. Maguire et al. (2012) concluíram que o reconhecimento pelo hospital é essencial e precisa-se proporcionar o desenvolvimento de sessões de informação/educação e outros serviços de apoio para reduzir as experiências de sofrimento moral (Maguire et al.,2012).

Estudo qualitativo realizado por Wall et al. (2015) explorou as influências organizacionais sobre sofrimento moral para profissionais de saúde (perspectiva multidisciplinar, incluiu nutricionistas, terapeuta respiratório, assistente social, enfermeiros, médicos intensivistas e residentes) que trabalhavam em unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP) em todo o Canadá. Foi observado que as questões organizacionais afetaram diferentes profissionais de saúde de diferentes maneiras, dependendo do seu papel e posição na organização. No geral, houve sentimentos de divisão, hostilidade, medo e desconfiança em relação à gestão da equipe o que tornou difícil ou mesmo impossível para o profissional defender o que eles precisavam para fornecer cuidado, tomar decisões colaborativas e éticas ou responder a situações particularmente difíceis. Identificou-se também nos relatos a priorização de interesses econômicos na prática do cuidado, corroendo qualquer sentido de equipe – gestão distante do que acontece à beira do leito, criando uma relação nós/eles entre enfermeiros e gestores; bem como que não havia interesse da gestão em fornecer orientação ou apoio emocional e moral aos seus funcionários (Wall et al.,2015).

Notavelmente, uma questão-chave no funcionamento da equipe, de acordo com os participantes do estudo de Wall et al. (2015), foi a persistência de uma hierarquia profissional na UTIP que comprometia a capacidade das pessoas de participarem do processo de tomada de decisão. As decisões éticas e a resolução de sofrimento moral podem ser inibidas por uma estrutura hierárquica de poder médico que pode perpetuar a dominância médica e limitar a extensão em que outros profissionais de saúde podem ter nas decisões. Houve também evidência de rotulagem e silenciamento entre membros da equipe em resposta a suas expressões de sofrimento moral. Junto com a hierarquia, a experiência pode ter um impacto sobre

participação: nas discussões da equipe, alguns participantes sentiam-se intimidados quando não tinham estado presentes frequentemente, ou ainda sem muito tempo na mesma instituição. Alguns participantes também relataram a falta de apoio emocional dentro da equipe (Wall et al.,2015).

Outro relato mostrou que embora a equipe se sentisse confortável e confiante o suficiente entre si, propiciando um espaço aberto a discussões, a UTIP parece ser um ambiente em que o estresse pode levar a más interações entre os membros da equipe: esse ambiente de trabalho não encoraja a expressar raiva ou outro sentimento, é um ambiente onde os mais fortes sobrevivem (falta de apoio para a expressão de emoção no trabalho). Tempo e espaço apropriado para conversas e compartilhamentos foram considerados importantes para lidar com os desafios da prestação de cuidados na UTIP, mas foram consistentemente considerados insuficientes, sendo um fator de aumento do sofrimento. O tempo relacionava-se a alta rotatividade de envolvimento em novos casos, sem dar oportunidade para reflexões e um “despir-se” daquele antigo caso (Wall et al.,2015).

A inflexibilidade inerente das regras organizacionais (políticas) e práticas foram observadas entre os profissionais de saúde em levar a ou exacerbar situações angustiantes. A angústia presente nessa situação poderia ser intensificada pelo medo de represálias, quando na violação de tais protocolos. Houve alguma evidência nas conclusões do estudo de Wall et al. (2015) que as políticas e práticas inflexíveis reprimiram a tomada de decisões éticas e contribuíram para sofrimento moral. Outro fator que contribuiu para o sofrimento foi a descontinuidade no cuidado causado pela escala/carga horária de trabalho (Wall et al.,2015).

Lee & Dupree (2008) realizaram um estudo qualitativo, descritivo através de entrevistas semi-estruturadas conduzidas a profissionais que vivenciaram a morte de uma criança em uma grande e multidisciplinar UTIP. As entrevistas revelaram respostas muito semelhantes entre enfermeiros, médicos e pessoal de apoio psicossocial. Os principais temas das experiências de membros da equipe foram (1) a importância de comunicação (troca para tomada de decisão eficaz e aceitação de escolhas), (2) acomodar os desejos dos outros, apesar de preferências pessoais, (3) a ambiguidade sobre o uso da tecnologia (benefícios *versus* invasão para além do que é útil ou desejado, sensação de fracasso), (4) a tristeza (em testemunhar a morte e a dor, sentimento de impotência e frustração - mesmo quando os médicos reconheceram que as tentativas de tratamento curativo foram inúteis, a incapacidade de ajudar ainda os afetou emocionalmente), e (5) apoio emocional (conforto e assistência em lidar com a morte). Muitos acolheram a tristeza que eles experimentaram como um sinal de sua humanidade e disponibilidade emocional, mas não se sentem devidamente apoiados em lidar com sua dor.

Apesar de Lee & Dupree (2008) encontrarem vários exemplos de sofrimento pessoal e aflição, eles não o caracterizaram como sofrimento moral, pois há dois importantes elementos desta definição: (1) constrangimentos externos afetando ação e (2) a ação correta não sendo tomada. De um modo geral, estes elementos não foram exibidos nas entrevistas. Ao invés de constrangimentos externos, os participantes falaram de apoio às decisões dos outros. Em vez de a ação correta não sendo tomada, os participantes mostraram uma compassiva compreensão para as necessidades das outras partes interessadas na situação, e, finalmente, sentiram que a equipe tinha feito "o correto" pela criança e sua família. A inquietação e sentimento de frustração e tristeza, para Lee & Dupree (2008), podem estar em consonância às "preocupações de consciência", sem a implicação de que uma ação "errada" foi tomada, ou que a ação foi imposta por restrições externas (Lee & Dupree, 2008).

Outra fonte de sofrimento moral para a equipe é a medicina exercida a partir de práticas inconsistentes- não baseada em evidências científicas, fundamentadas nas preferências pessoais e disfarçadas como “ arte da medicina” (Golec, 2009). Através de normas, um nível de consistência é mantido e respostas a uma situação particular podem ser previstas, com diferenças no padrão adotado pelas diferentes disciplinas. No entanto, podem não existir orientações para todas as situações clínicas observadas. Nesses casos, o dinamismo da equipe torna-se ainda mais importante, com o objetivo de consenso em mente, através de debates saudáveis que proporcionam reflexões e equilíbrio de formas. A humanidade exige que, no cuidar, haja um equilíbrio entre ciência e valores humanos, o que oferece infinitas possibilidades para a prática do cuidado, perspectivas novas e alternativas e impulso para o avanço da ciência (Golec, 2009).

VI.2. Soluções possíveis para enfrentamento ou prevenção do sofrimento moral

Cavaliere et al. (2010) reconhecem que a identificação de sofrimento moral é um pré-requisito para o desenvolvimento de estratégias para amenizar seus efeitos e que, pela natureza da prática em UTIN, pouco provavelmente ele será extinto. Sendo assim, propõe algumas estratégias para assegurar o conforto moral: sensibilizar-se; reconhecer o estado de sofrimento moral - para Boss et al. (2015), compreender os próprios preconceitos, pontos de gatilho, estilo de comunicação, nível de estresse dão aos médicos a oportunidade de modular as respostas, entender as experiências dos pacientes mais plenamente e atender às necessidades de autocuidado; conhecer suas consequências; mudança do ambiente de trabalho para proteção de valores e integridade pessoais; conselhos interdisciplinares para discussões de práticas e

opiniões de forma aberta e respeitosa, inclusive entre várias instituições para que haja troca de experiências e estratégias, ou seja, um ambiente de prática colaborativo (Sauerland et al.2015); dispor de assistentes sociais, capelães, conselheiros de luto e / ou pessoal de assistência ao profissional para interagir durante e após situações estressantes; acesso irrestrito ao comitês de ética que incluem representantes de enfermagem; e sessões educacionais e de formação para gerir e diminuir o sofrimento moral (Cavaliere et al., 2010).

Sauerland et al. (2015) sugeriram intervenções em curso projetadas para lidar com sofrimento moral e melhorar o clima ético. Essas intervenções são baseadas em educação ética (utilizando simulações práticas por exemplo) continuada e no desenvolvimento de competências éticas como sensibilidade, raciocínio e motivação. O modelo foi criado a partir de discussões no Conselho de Ética de Enfermagem (NEC), podendo ser adaptado para uso em outras organizações com o mesmo objetivo. Essas estratégias integram processos cognitivos e afetivos que constituem uma compreensão holística de competência e prática éticas. Primeiramente, é preciso reconhecer que uma situação ética existe, ou seja, potencial de prejudicar ou beneficiar os outros. A sensibilidade ética envolve a habilidade de interpretar os sentimentos e as reações dos outros, identificar sua própria angústia e estar ciente de como a ação ou omissão pessoal podem afetá-los, o que é essencial para um diálogo construtivo. Após identificada a situação ética, uma ação mais justificada poderá ser definida. Outro exemplo foi a criação de um site chamado "Ecademy", incluso na Web do hospital e inclui publicações para fornecer a todos os prestadores de cuidados de saúde conhecimento adicional e habilidades sobre as questões éticas nos cuidados de saúde. Há um módulo sobre cultura, com ferramentas para saber envolver-se com a heterogeneidade de pacientes e famílias. Outro inclui o planejamento prévio da assistência e sugere estratégias de como iniciar diálogos necessários. Para lidar com manifestações físicas e psicológicas associadas ao sofrimento moral como dor de cabeça, insônia e depressão, as estratégias incluem técnicas de gerenciamento de estresse e habilidades para enfrentamento: oferecer um local onde seja possível falar sobre preocupações e compartilhar ideias, reflexologia, hipnoterapia, terapia musical, retiro anual com cuidados holísticos como journaling, yoga, e equoterapia (Sauerland et al., 2015).

Há uma divergência entre os estudos publicados sobre a associação entre especializações na área em questão e sofrimento moral: os enfermeiros com formação adicional (bacharel ou mestrado) podem experimentar aumento dos níveis de sofrimento moral, pois uma educação ética adicional os tornariam moralmente mais sensíveis. Outros propõem que a educação ética é necessária para lidar com sofrimento moral. No estudo de Sauerland et al. (2015), apesar de 77% dos enfermeiros pediátrico / neonatal possuírem titulações em sua área,

suas pontuações no The Moral Distress Scale foram menores do que a dos enfermeiros de cuidados intensivos em adultos, dos quais pouco mais de 50% possuíam bacharelado. À medida que mais atenção é dada à educação interprofissional em escolas de saúde, cursos de ética interprofissional, incluindo conteúdo focado em sofrimento moral, suas causas e estratégias para minimizar o seu impacto podem ajudar profissionais a começarem a construir equipes eticamente saudáveis. O achado que a falta de continuidade no cuidado e pobre comunicação entre a equipe são as fontes mais comuns de sofrimento moral em todos os grupos de estudo realizado por Whitehead et al. (2015) indica que as estratégias para melhorar comunicação e trabalho em equipe podem ser um produtivo começo. A constatação de que programas educacionais em cuidados em fim de vida podem realmente aumentar sofrimento moral indica que a educação por si só não é suficiente para fornecer cuidados de fim de vida adequados e manejo da dor em ambientes de cuidados agudos. Estratégias adicionais que visem equipe, unidade e prática eticamente adequada também são necessárias. O objetivo final das intervenções é melhorar a assistência ao paciente (Whitehead et al.,2015).

O impacto da morte dos pacientes infantis apresenta-se de maneira individual sobre os cuidadores. São necessárias reuniões de apoio – cuja frequência varia de acordo com o aumento da mortalidade na UTIN (Gale & Brooks,2006) - a esse momento de tristeza, facilitados pelo capelão da UTIN, proporcionando oportunidade para discutir sentimentos, reações de luto, estratégias de enfrentamento (Gale & Brooks,2006), abrangendo todos os profissionais envolvidos no ambiente de UTI, inclusive estagiários (Boss et al.,2015; Wall et al.,2015). Sessões de *Debriefing* podem fornecer um espaço para discussão de conflitos éticos. Além disso, pode-se nomear as fontes de sofrimento pessoal, transformando o sofrimento em significado, propósito. Toda a discussão deve ser de modo confidencial. Um programa de cuidados paliativos neonatal em um grande hospital urbano tem melhorado as habilidades e níveis de conforto de toda a equipe de enfermagem devido à capacitação de pessoal e na utilização dos novos recursos e apoio: após uma difícil ou inesperada morte infantil, líderes em enfermagem fazem "check-in" telefônico para o pessoal envolvido, dando oportunidade a questionamentos e fornecer *feedback* para melhorias práticas (Gale & Brooks,2006).

Para Gale & Brooks (2006), um programa formal de cuidados paliativos tem o potencial para melhorar o atendimento de crianças e suas famílias em um momento muito crítico, o fim-de-vida. Discussão entre os envolvidos aumentou a consciência da diferença entre um e outro, proporcionou um fórum de escuta e apoio, e maior consciência e o acesso a gratuitos serviços psicológicos disponíveis através do Programa de Assistência ao Empregado do hospital. Maior consciência e compreensão de alternativas para o cuidado originou uma assistência centrada na

família mais criativa e respeitosa. Não só é possível como também é absolutamente imperativo ter um fórum para essas discussões sobre os cuidados de fim de vida para reduzir o sofrimento moral, melhorar o atendimento e para aprofundar sentimento de compaixão (Gale & Brooks,2006).

O “Partners in Caring”, programa de apoio pessoal colaborativo desenvolvido pelo Vanderbilt University Medical Center NICU, delimitou dois focos principais de atuação para enfrentar o estresse no ambiente de trabalho, semelhantes aos desenvolvidos pelos outros programas de suporte comentados anteriormente. Consistia em apoio pessoal e atividades motivacionais, incluindo eventos para aumentar a auto-estima da equipe e sua coesão. O segundo objetivo era dar apoio aos membros da equipe, fornecendo educação, conselhos práticos, estratégias de enfrentamento, de reconhecimento de limites, para lidar com desafios pessoais através de grupos de discussão, com compartilhamento de experiências, para ajudá-los a examinar algumas das experiências emocionalmente exigentes encontradas na unidade de terapia intensiva. Não somente um fórum para compartilhamento das experiências da perda foi fornecido, mas também um esclarecimento e a orientação em relação à conscientização e à definição do sofrimento que acompanha estas perdas (Ewing & Carter,2004).

Wall et al. (2015) concluem que apoio à gestão, pessoal e recursos adequados, políticas e procedimentos flexíveis e sólidos, trabalho em equipe inclusiva e respeitosa, e tempo e suporte para reuniões de informação e discussão, tudo dentro de um contexto de discussão aberta sobre valores éticos são necessários para a prática ética e a resolução de sofrimento moral. Fundamentalmente, ter voz e ser ouvido. Esse ambiente de cooperação interdisciplinar também é defendido por Golec (2009) como potenciais redutores do sofrimento moral, através de apoio, transparência e compartilhamento de responsabilidades e tomada de decisões. Para ele, a arte da medicina está verdadeiramente representada no reconhecimento e abordagem pessoal para diferentes tipos de personalidade, com a própria colaboração entre os membros da equipe e familiares (Golec, 2009; Wall et al.,2015).

Comitês de Ética institucionais são comumente disponíveis em hospitais com unidades de terapia intensiva de recém-nascidos, e pode servir como um recurso valioso para profissionais de saúde e os pais lidarem com decisões éticas difíceis, devendo ser mais visíveis na unidade, e não apenas presentes em crises, esporadicamente (Wall et al.,2015). É preciso estar ciente deste recurso potencialmente valioso e útil, cujo objetivo é ajuda-los a fazerem tais decisões, compreender as questões éticas em que possam estar envolvidos, facilitar a discussão (dar a todos a oportunidade de ouvir as opiniões uns dos outros), e, muitas vezes, fazer

recomendações específicas. O comitê de ética deve ser idealmente um grupo de indivíduos de várias disciplinas, os membros da comissão devem ter formação específica em consulta ética. Isso é essencial para avaliações e credibilidade. Comitês de ética, em geral, não possuem qualquer poder de decisão direta, mas servem apenas como papel consultivo, não sendo obrigado que sejam seguidas suas orientações, apesar de o parecer do comitê muitas vezes trazer consigo algum grau de influência ou "autoridade moral" (Mercurio, 2011).

As causas, consequências e possíveis soluções encontradas na literatura levam a reflexão de que um ponto-chave no sofrimento moral é o relacionamento. Um contato mais próximo com o paciente, que faz ser estabelecido um vínculo emocional e afetivo mais forte com ele/família, pode fazer com que decisões difíceis de fim de vida sejam influenciadas pela não aceitação da morte ou pelas falsas esperanças de que sempre há novas tentativas e intervenções terapêuticas, o que dificulta a definição e o cumprimento de tais decisões.

Outro aspecto originado pelo relacionamento é a forma que ele é construído dentro da equipe. 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 a sua área de atuação. Não há trocas de experiências, de conhecimento útil e particular de cada especialidade, uma visão ampla e coletiva, dificultando uma prática ajustada para cada paciente particularmente, definida a partir de sua visão holística. Além do trabalho em conjunto, é preciso que o grupo esteja unido e motivado para um objetivo comum.

Apesar dessa hierarquia também instituída pelos limites próprios de cada especialidade, é possível e necessário que o relacionamento entre os membros da equipe de cuidados intensivos seja participativo e integrador, onde cada membro deve ser visto como peça fundamental de um quebra-cabeça: cada peça faz parte e ajuda a formar a imagem final. Assim também deve ser a base de uma equipe, pois o cuidado em saúde é multidisciplinar, cada profissional depende do outro e é único em sua contribuição na construção de um atendimento de qualidade e ético. A comunicação e o respeito mútuo entre todos os elementos, como profissionais e seres humanos, então, podem fazer existir o apoio e a escuta ativa entre os profissionais de saúde, importantes para enfrentar e superar as barreiras emocionais criadas pelo sofrimento moral.

VI.3. Limitações do estudo

Sofrimento moral entre os enfermeiros ainda permanece mais frequentemente relatado. Tal fato poderia ser explicado pelo maior contato com o paciente e menor poder deliberativo,

assumindo muitas vezes uma posição passiva, observados na prática característica desses profissionais. A extensa carga horária de trabalho, sobrecarga de trabalho associada a remuneração insatisfatória, necessitando, muitas vezes, ter vínculo empregatício em mais de uma instituição poderiam somar à atmosfera de estresse e insatisfação. Por isso ainda são necessários mais estudos envolvendo outras áreas além da enfermagem para conhecer peculiaridades dos demais profissionais de saúde, podendo ser definidas habilidades específicas. Nessa revisão, não foram encontrados artigos que pudessem evidenciar a realidade brasileira nesse assunto. No entanto é possível extrapolar esse entendimento para a realidade brasileira, uma vez que a discussão se deu com base em dilemas éticos comuns e presentes nas UTIN e UTIP. Neste estudo ficou evidente que as questões de destaque que levam ao sofrimento moral são muito relacionadas a limitações de suporte artificial de vida em crianças gravemente enfermas, comunicação entre equipes e sobrecarga de trabalho, entre outras que são encontradas em qualquer ambiente de terapia intensiva brasileiro. Não foi feita distinção, sendo consideradas mínimas, para fins de análise, entre a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, sendo optado por incluir artigos que envolvessem esses dois ambientes, o que amplificou o conhecimento de particularidades e semelhanças envolvendo esses contextos.

Apesar de não serem obtidos estudos cujo sofrimento moral estava presente na prática dos cuidados paliativos, as situações que o desencadeavam contrapõem-se a essa modalidade de tratamento, pois os cuidados paliativos visam atendimento global e integral de pacientes, família e equipe, com alívio da dor e do sofrimento, priorizando práticas que melhorem a qualidade de vida dos assistidos. A prática eficiente e solidamente instituída de cuidados paliativos, inclusive em todo o período do cuidado, poderia minimizar o sofrimento moral nas unidades de terapia intensiva pediátrica.

VII. CONCLUSÃO

O Sofrimento moral é um sentimento individual, com repercursões físicas, psíquicas e interpessoais, surgindo quando se é impedido de agir conforme valores e princípios individuais considerados padrões. A unidade de terapia intensiva pediátrica é um ambiente propício para sua manifestação, pois nela, é preciso lidar com pacientes vulneráveis, com medo, revolta, estresse, preocupações, falta de esperança que estados críticos e muitas vezes terminais despertam. A partir dessa revisão sistemática foi possível concluir que:

1. Identificar causas de sofrimento moral pode ajudar a serem desenvolvidas melhores intervenções alvo para as principais fontes de sofrimento moral de uma unidade em particular. As principais causas encontradas nessa revisão foram: processo de tomada de decisão em torno de suporte de vida em cuidados intensivos (reanimação cardio-respiratória, tratamento fútil); tratamento agressivo em prematuros de extremo baixo peso; hierarquia profissional que inibe participação em decisões; atendimento ao desejo dos pais mesmo que esse não seja o melhor interesse do paciente; falhas no trabalho em equipe, com fragilidades na comunicação; decisões aplicadas sem embasamento científico ou injustificadas racionalmente; carência de habilidades (competência, segurança) dos membros da equipe percebida individualmente ou por julgamento de colegas; sentir-se impotente, pouco influente e participante nas tomadas de decisões; inflexibilidade das regras organizacionais; tempo insuficiente para recuperar-se emocionalmente devido a rapidez das demandas do cuidado; descontinuidade do cuidado por cumprimento de carga horária de trabalho; priorização por parte da gestão de interesses econômicos; falta de apoio emocional entre os membros da equipe e pela instituição de trabalho; medo de represálias; desejo de demitir-se, contudo sem realizá-lo; consistência do contato com pacientes e maior vivência com situações moralmente angustiantes.

2. Os prejuízos predominantes identificados causados pelo sofrimento moral foram: ameaças à integridade espiritual, crises de fé, conflitos de identidade (função profissional e social), fomentar pedidos de demissão. Pode haver perdas na qualidade do cuidado, pois os profissionais de saúde podem tornar-se insensíveis na prática do cuidado, mantendo um certo distanciamento na prática assistencial, visto inclusive como processo adaptativo; o sofrimento moral pode ser desencadeador de discussões, revelando momentos de transição moral.

3. Como a eliminação do sofrimento moral parece improvável, estratégias para saber lidar com ele podem ser praticadas, reduzindo a sua incidência, todas resumidas no apoio à equipe, que ajuda a melhorar a satisfação individual. Dentre elas estão incentivo ao trabalho em

equipe inclusivo e respeitoso, que concretiza o conceito de compartilhamento de responsabilidades, realizado de forma inclusiva e em respeito aos valores éticos, morais e pessoais; políticas e procedimentos flexíveis e sólidos; reuniões multiprofissionais para informações e discussões de casos, identificação e reflexão em conjunto de “problemas” e dos caminhos para superá-los – a exemplo dos comitês de ética, sessões *debriefing* e assistência psicológica, com intercâmbio de experiências e diálogo com respeito às individualidades; educação ética continuada para indivíduos em formação bem como para profissionais em prática, incluindo conteúdo focado em sofrimento moral; melhorar a comunicação entre a equipe, pais e pacientes; proporcionar fóruns de discussões sobre cuidados de fim de vida (cuidados paliativos).

VIII.SUMMARY

Moral distress in the multidisciplinary team in the Pediatric Intensive Care Unit - A Systematic Review. Introduction: The term "moral distress" (moral suffering) describes a situation in which the individual is distressed with ethical and moral dilemmas in their practice, where they do not have autonomy to act according to their principles due to external or internal constraints. The pediatric intensive care unit is particularly challenging for the socio-cultural and religious visions in dealing with death and the fact that the death of this vulnerable population in its essence seems to go against the natural order of life. It is scenario of moral and ethical conflicts of preservation of life and relief of suffering. Objective: To promote reflection on the moral distress among health professionals in the practice of palliative care in Pediatric Intensive Care Unit, the main situations in which it occurs, to understand the individual consequences and consequences for collective work to find possible solutions to its prevention and its confrontation. Methods: We performed a systematic and hierarchical search using Boolean operators in the databases PUBMED and SCIELO including articles by April 2015, with no initial parameter of delimiting the year of publication. Results: We found 30 articles. By reading the title and abstract, 20 papers were elected for inclusion, and 15 papers were selected after complete reading viability. Discussion: moral suffering can occur in any profession, more often reported among nurses. The issues surrounding the critical care cause moral suffering, but there are contributions of institutional management, individual characteristics and team relationship, generating losses in quality and practice of care, in the personal sphere and in groups. To minimize it, measures related to emotional support, coping skills and encouraging effective teamwork are recommended. Conclusion: Since eliminating moral suffering is impossible, coping strategies are needed, making it openly discussed and encouraged with participation of all those in the process.

Key words: 1.Sofrimento moral (Moral distress); 2.Cuidados Paliativos (palliative care); 3.Ethical climate; 4.Multidisciplinary team; 5.Pediatric intensive care; 6.Physician-nurse relations

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos Ampliado e Atualizado*. Rio de Janeiro, RJ: Diagraphic; 2012.
2. Alberta Cancer Board. *Alberta Hospice Palliative Care Resource Manual*. Canada; 2001.
3. Almeida MLB. Prevalência de Estresse Pós-Traumático em Equipes de Resgate: Uma Revisão Sistemática. *Psic.Saúde & Doenças* 2012;13(2):220-37.
4. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The Changing Role of Palliative Care in the ICU. *Crit Care Med*. 2014 Nov;42(11):2418-28.
5. Atuação multidisciplinar no tratamento do paciente oncológico. França, *Revista Onco* 2015; 5(27):13-8.
6. Bischoff SJ, DeTienne KB, Quick B. Effects of ethics stress on employee burnout and fatigue: An empirical investigation. *J Health Hum Serv Adm* 1999; 21(4):512–32.
7. Duarte RM. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Rev. Bioét.* 2005;13(2):51-63.
8. Forde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. *J Med Ethics* 2008;34:521–25.
9. Gillick MR. Ethical issues near the end of life. Up to date for Patients [database]. Last literature review version 16.1; Janeiro 2008. Last updated: Dezembro 17, 2007.
10. Hilkner M, Hilkner RR. A questão da terminalidade. *Saúde, Ética & Justiça* 2012;17(2):75-81.
11. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas [homepage na internet]. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas [acesso em 10 Dez 2015]. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad-familia/>.
12. Jameton A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993; 4(4):542-51
13. Jameton A. *Nursing Practice: The ethical issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs. 1984.
14. Kamada C. Equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Enferm* 1978;31(1):60-7.
15. Lago KC. *Compaixão e Trabalho: Como sofrem os profissionais de saúde*. Brasília. Tese [Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações]- Universidade de Brasília;2013.
16. Margotto PR. *Síndrome De Abstinência Neonatal*. 2013

17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria N° 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União 10 mai 2012; Seção I
18. Moritz RA, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P, Pusch R, Othero J, Piva J, da Silva BN, Azeredo N, Ropelato R. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva* 2011 Jan/Mar; 23(1):24-9.
19. Moritz RD, do Lago PM, de Souza RP, da Silva NB, de Meneses FA, Othero JCB, Machado FO, Piva JP, Dias MD, Verdeal JCR, Rocha E, Viana RAPPV, de Magalhães AMPB, Azeredo N. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 2008 Oct/Dez; 20(4): 422-28.
20. Mota JAC. Quando um tratamento torna-se fútil? *Rev. Bioét.* 1999;7(1):1-4.
21. Organização Mundial da Saúde. WHO definition of palliative care. Geneva: WHO; 2010.
22. Piva PJ, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Rev. Bioét.* 2009;1(2):1-8.
23. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K, Sulmasy D. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *J Palliat Med.* 2009 Oct;12(10):885-904.
24. Quill TE, Arnold R, Back AL. Discussing treatment preferences with patients who want "everything". *Ann Intern Med.* 2009 Sep 1;151(5):345-9.
25. Rodrigues TDF. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. *REME* 2012;16
26. Rosa C, Carlotto MS. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Rev. SBPH* 2005 Dez; 8(2):1-15.
27. Seri I, Evans J. Limite de Viabilidade: Definição da Zona Cinzenta. *J. perinatol* 2008; 28: S4-S8
28. The Hastings Center. *Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying*. Briarcliff Manor, NY: The Hastings Center; 1987.
29. Weissman DE. Moral Distress in Palliative Care. *J Palliat Med* 2009;12(10):865-66.
30. Wicclair MR. Conscientious objection in medicine. *Bioethics* 2000 Jul;14(3):205-27.