

Raissa Passos dos Santos<sup>1</sup>, Daniel Garros<sup>2</sup>,  
Franco Carnevale<sup>1</sup>

# As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva

*Difficult decisions in pediatric practice and moral distress in the intensive care unit*

1. Ingram School of Nursing, McGill University -  
Montréal, Quebec, Canada.  
2. Stollery Children's Hospital - Edmonton,  
Alberta, Canada.

## RESUMO

Em um dilema ético, há sempre uma conduta identificada como a melhor a ser tomada. A impossibilidade de adotar tal conduta leva o profissional a experimentar o sofrimento moral. Esta revisão objetivou definir este problema e propor estratégias para seu enfrentamento. Foram buscadas as palavras-chaves “*moral distress*” e “sofrimento moral” nas bases de dados internacionais MEDLINE/PubMed e SciELO, em artigos publicados entre 2000 - 2017. A revisão foi não exaustiva, contextual, enfocando definições, etiologia e métodos de resolução do problema. No cotidiano da prática em terapia intensiva, o sofrimento moral esteve comumente relacionado ao prolongamento do sofrimento do paciente e ao sentimento de impotência, bem como a dificuldades na comunicação entre os membros da equipe. As estratégias de enfrentamento para o sofrimento moral incluíram ações organizacionais, pessoais e administrativas. Foram recomendadas ações como manejo da carga de trabalho,

apoio mútuo entre profissionais e desenvolvimento de técnicas para cultivar a comunicação aberta, a reflexão e o questionamento dentro da equipe multidisciplinar. Na prática clínica, os profissionais de saúde foram reconhecidos como agentes morais, tendo sido fundamental o desenvolvimento da coragem moral para suplantar os dilemas éticos e os conflitos interprofissionais. Tanto na terapia intensiva pediátrica como de adultos, os profissionais encontram-se desafiados pelos questionamentos sobre sua prática e podem experimentar sofrimento moral. Este sofrimento pode ser minimizado e resolvido ao se compreender que o foco sempre é o paciente e agir com coragem moral e boa comunicação, em um ambiente de respeito mútuo.

**Descritores:** Ética clínica; Princípios morais; Estresse psicológico; Conflito (Psicologia); Tomada de decisão/ética; Atitude do pessoal de saúde; Lactente; Criança; Unidades de terapia intensiva pediátrica/ética

**Conflitos de interesse:** Nenhum.

Submetido em 28 de setembro de 2017  
Aceito em 19 de março de 2018

### Autor correspondente:

Raissa Passos dos Santos.  
3506 University Street, Montreal, Quebec,  
Canada H3A 2A7  
E-mail: raissa.santos@mail.mcgill.ca

**Editor responsável:** Jefferson Pedro Piva

DOI: 10.5935/0103-507X.20180039

## INTRODUÇÃO

### Considerações éticas em cuidado pediátrico em terapia intensiva: bases fundamentais

O atual cuidado ao paciente gravemente enfermo possui complexidades particulares para a equipe de saúde.<sup>(1)</sup> Na prática pediátrica, unidades de terapia intensiva (UTI) pediátricas são ambientes com alta tensão profissional. O ambiente de trabalho altamente tecnológico, as demandas de procedimentos agressivos e a incerteza inerente no prognóstico resultam em alta pressão psicológica para os profissionais. Ainda, fatores como falta de vagas para internação,



necessidade de trabalhar em equipe e envolvimento da família como responsável pelas decisões corroboram para este ambiente desafiador.<sup>(2)</sup> Relatos de um estudo multidisciplinar realizado em seis UTI canadenses demonstraram que testemunhar o sofrimento da criança e da família fragiliza os profissionais. Estas situações se agravam quando a estrutura da UTI e o processo decisório são fragmentados, e não o resultado de consenso entre as partes envolvidas.<sup>(3)</sup>

Na trajetória da criança internada na UTI pediátrica, outros fatores são considerados extremamente estressantes para a equipe de saúde. Entre estes, destacam-se: a imposição sobre seguir um tratamento por pressão dos pais e/ou responsáveis; a realização de procedimentos dolorosos e, talvez, desnecessários; a participação em tratamento que prolonga o sofrimento ou até a morte da criança; as interações com profissionais com pouca experiência; e os conflitos entre membros da equipe. Estas situações tornam-se gatilhos de angústia e sofrimento para o profissional envolvido,<sup>(1)</sup> caracterizando o que se descreve na literatura hoje como “sofrimento moral”.<sup>(4-6)</sup>

Assim, o objetivo do presente artigo foi revisar a literatura para descrever o fenômeno do sofrimento moral dentro da prática pediátrica na terapia intensiva, buscando suas possíveis causas. Ainda, pretendeu-se propor estratégias de enfrentamento em nível organizacional, pessoal e administrativo, para minimizar este problema.

Para tal, foram selecionados artigos a partir da *expertise* dos autores, com amostragem em bola de neve, utilizando as bases de dados MEDLINE/PubMed e SciELO, com foco em definições, etiologia e terapêutica. Foram incluídos na busca artigos publicados entre 2000 - 2017, por conta do aumento no número de artigos publicados a partir dos anos 2000. Foram analisados 25 artigos e 1 dissertação de mestrado. Apenas dois estudos apresentaram dados brasileiros.

### **Sufrimento moral: barreiras para a ação ética em terapia intensiva pediátrica**

O fenômeno do sofrimento moral foi definido pela primeira vez por Jameton, em 1984, como sentimentos dolorosos vivenciados pelo profissional resultantes da impossibilidade de agir da maneira que considera correta.<sup>(7)</sup> Fontes intrínsecas (valores pessoais) ou extrínsecas (barreiras do ambiente-instituição, local de trabalho) podem determinar este sofrimento, fazendo com que o profissional seja impedido de agir da maneira que considera correta.<sup>(7)</sup> Trata-se, pois, de uma percepção pessoal: “sei que devo fazer, mas eu não posso”. Os sentimentos relacionados ao

sofrimento moral podem incluir raiva, culpa, frustração e impotência, e se manifestarem como reações físicas, como dores musculares, diarreia, distúrbios de sono e fadiga.<sup>(7,8)</sup>

Desde a definição do conceito, diversos estudos tentam identificar e mensurar o sofrimento moral na equipe de saúde. Corley et al. desenvolveram e validaram uma escala que descreve a frequência e a intensidade do sofrimento moral nos diversos cenários de atuação em saúde. A escala possui 32 itens que refletem o sofrimento moral no trabalho de enfermeiros, com níveis que vão de pouco (1) a intenso (5).<sup>(9)</sup> A escala foi posteriormente simplificada e adaptada por Hamric et al. para adequar-se às diversas especialidades, incluindo pediatria, pacientes adultos e diferentes profissionais da saúde.<sup>(10)</sup>

A utilização deste conceito esteve primeiramente relacionada à prática de enfermagem no cenário hospitalar, sendo descrito como o sofrimento resultante das relações de poder e hierarquia encontradas na profissão, e do senso de obrigação do enfermeiro em advogar pelo paciente, entre outros.<sup>(7)</sup> Recentemente, pesquisas avaliaram este fenômeno em outros profissionais de saúde.<sup>(2,11)</sup> Em um estudo envolvendo cerca de 2.000 profissionais, o sofrimento moral foi evidenciado em médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e capelães.<sup>(12)</sup>

Trabalho realizado com médicos e enfermeiros em UTI de adultos revelou o contexto institucional como um dos fatores que desencadeia sofrimento moral.<sup>(8)</sup> Exemplos incluem a escassez de recursos para o atendimento adequado do paciente e a necessidade de promover um cuidado abaixo do ideal devido à imposição de administradores para redução de gastos. Ainda, a necessidade de prover um cuidado que (falsamente) aumenta as esperanças da família, ou a persistência em um tratamento que prolonga a vida exclusivamente pelo desejo e expectativa da família foram fatores relatados como mais relevantes. Nestes casos, o fenômeno do sofrimento moral está diretamente relacionado com a insatisfação profissional e pode determinar o desejo de abandonar a profissão.<sup>(8)</sup>

Estudo conduzido em UTI pediátricas e neonatais em Toronto, no Canadá, com 89% de participação, demonstrou que 58% dos profissionais (médicos, enfermeiros e terapeutas respiratórios) relataram sofrimento moral relacionado ao seu trabalho. Os aspectos mais relevantes como causadores foram os do cuidado de final de vida e relacionados à comunicação. “Aceitar os desejos da família e continuar com suporte de vida mesmo quando eu acredito que não é o melhor para a criança” foi o elemento mais citado.<sup>(13)</sup>

A intensidade de um encontro clínico que desencadeia o sofrimento moral é mais importante do que a frequência destes problemas, tanto em estudos de UTI adulto como em pediátricas.<sup>(8,13)</sup> Na tabela 1, apresentam-se as principais causas de sofrimento moral registradas na literatura.

Assim, torna-se importante diferenciar o sofrimento moral de dilema ético. Em uma situação de dilema, membros da equipe podem expressar opiniões diferentes e perfeitamente aceitáveis sobre qual o melhor tratamento a seguir.<sup>(7,14)</sup> No entanto, dependendo de como o caso é conduzido, alguns profissionais podem vivenciar sofrimento moral. Isto ocorre do sentimento de estar participando, ou testemunhando, ou tomando parte em algo “errado”, quando sua opção preferencial não foi adotada.<sup>(14)</sup>

### **Princípio do “melhor interesse da criança”: “se ela pudesse expressar-se, o que ela iria escolher...”**

Quando se fala em dilemas éticos e sofrimento moral, não se pode omitir o fato de que o processo decisório em cuidado pediátrico é complexo, pois envolve intermediários ou *proxies* – os pais ou responsáveis. Para tal, o princípio mais aceito mundialmente para decisões baseia-se no que se conhece como “o melhor interesse” da criança, no Brasil expresso no Art. 227, da Constituição Federal.

A utilização deste conceito envolve a premissa de que qualquer decisão envolvendo a saúde da criança deva ser

aquela em que os benefícios para ela superem os potenciais danos, e na qual o foco é a criança e seu bem-estar - e não o da família e nem de responsáveis.<sup>(15,16)</sup> A falta de homogeneidade para a definição do que são, de fato, os “melhores interesses” da criança é fator limitante para sua utilização na prática clínica. Isto ocorre uma vez que a convergência de crenças e valores entre equipe, família e criança nem sempre é possível.<sup>(16)</sup> Além disso, a dificuldade na relação médico-enfermeiro, as preocupações dos profissionais sobre como considerar a voz da criança no processo de decisão e o medo de cometer erros, além da necessidade de cuidar da família como um todo, dificultam sua aplicabilidade.<sup>(15,16)</sup> Desta forma, sentimentos de dúvida sobre a correta conduta podem resultar em sofrimento moral para os profissionais.<sup>(15,16)</sup>

### **O engajamento e o princípio de agente moral em cuidado intensivo pediátrico: “é o preço a pagar”**

Além da capacidade de perceber o fenômeno do sofrimento moral, também é importante desvendar como ele ocorre. Compreender os fenômenos do engajamento e da agência moral é fundamental para abordar o sofrimento moral e melhorar o processo decisório, utilizando o princípio do “melhor interesse”.

Questões sobre como os profissionais de UTI pediátrica engajam-se, ou não, nas diversas situações no cuidado, tornam-se importante no reconhecimento desta dimensão

**Tabela 1** - Principais causas de sofrimento moral

Situações clínicas	Barreiras internas	Barreiras externas
Proporcionar tratamento desnecessário/fútil	Sentimento de impotência	Comunicação inadequada entre os membros da equipe
Prolongar o processo de morte por meio de um tratamento agressivo	Incapacidade de identificar as questões éticas	Perspectivas divergentes inter (médico e enfermeiro) e intraprofissionais (enfermeiro e enfermeiro)
Consentimento informado do paciente inadequado	Falta de compreensão sobre a situação	Número insuficiente de profissionais e maior volume de trabalho
Trabalhar com profissionais que não são devidamente competentes	Dúvida sobre si mesmo	Falta de apoio administrativo
Falta de consenso sobre tratamentos	Falta de conhecimento sobre planos alternativos de tratamento	Políticas e prioridades conflitantes com as necessidades de cuidados
Falta de continuidade de cuidado	Maior sensibilidade moral	Seguir os desejos dos familiares por medo de processos jurídicos
Uso de recursos de forma inadequada	Falta de assertividade	Tolerância com comportamentos abusivos
Prestação de cuidados em desacordo com os melhores interesses do paciente	Socialização para seguir os outros	Comprometer o cuidado devido ao corte de gastos
Proporcionar alívio inadequado da dor		Hierarquias dentro do sistema de saúde
Fornecer falsas esperanças aos pacientes e familiares		Falta de coleguismo entre profissionais
Acelerar o processo de morte		Enfermeiros não envolvidos no processo de decisão
Faltar com a verdade		Comprometimento do cuidado devido à pressão dos seguros de saúde e ao medo de processos jurídicos
Desconsiderar os desejos do paciente		

Fonte: Adaptado de Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res.* 2012;3(2):1-9.<sup>(10)</sup>

ética da prática diária. Em estudo recente com enfermeiras em unidades de pediatria, foram encontrados diversos níveis de engajamento.<sup>(17)</sup> Isto significa que, em casos em que a criança necessita de um procedimento doloroso, por exemplo, um enfermeiro altamente engajado pode compreender esta situação como algo difícil, devido aos sentimentos de culpa e frustração por realizar uma ação que causa dor na criança. Consequentemente, ele vivencia sofrimento moral por tomar uma ação que, em sua percepção, prejudica a criança. No entanto, um profissional menos engajado pode compreender a dor na criança em estado grave de saúde como algo inevitável (inerente ao cuidado e como consequência da doença) e, assim, desconectar-se dos resultados das ações, prevenindo, de certa forma, o aparecimento do sofrimento moral.<sup>(17)</sup>

O mesmo aplica-se para o médico, que pode minimizar a situação enfrentada utilizando defesas que o fazem entender a situação como inevitável dentro do contexto da doença: “o preço a pagar”. No entanto, o profissional não deixa de reconhecer o trauma que a doença representa para a família e para a criança.<sup>(17)</sup> Estudos relatam que, ao desengajar-se das situações, os profissionais buscam por justificativas em suas atitudes que minimizem e os desconectem das consequências por ações que possam ser consideradas não éticas.<sup>(18,19)</sup> Entretanto, os mecanismos que tornam os profissionais mais ou menos engajados ainda não estão bem descritos na literatura.

Desta forma, é esperado que profissionais de saúde sejam moralmente engajados com sua prática, para que suas ações sejam moralmente elevadas a favor dos melhores interesses das crianças.<sup>(20)</sup> Ainda, o engajamento deve ser promovido nos serviços de saúde, a fim de que a prática ética possa ser alcançada. Para isso, é preciso mover-se da realidade do sofrimento moral, para uma em que membros da equipe da UTI exerçam suas funções agências e advoguem pelos pacientes. O conceito de “agência”, descrito inicialmente na filosofia, refere-se à capacidade de uma pessoa em envolver-se significativamente com uma determinada situação. Mais especificamente, a agência moral refere-se à capacidade do indivíduo em engajar-se em situações moralmente acentuadas ou altamente impactantes. Ou seja, situações que caem em um espectro de dicotomia do tipo bom ou ruim, certo ou errado, e justo ou injusto.<sup>(20)</sup>

### **Reconhecimento dos profissionais em terapia intensiva como agentes morais: “não tem outro jeito” e “vamos fazer assim para que fique tudo bem”**

A agência moral possui papel fundamental no enriquecimento da prática ética de profissionais de saúde em UTI.

A utilização apenas do conceito do sofrimento moral, posto que extremamente importante para compreender a prática ética profissional, pode levar a uma compreensão limitada desta dimensão complexa e deixar o profissional em uma situação de conformidade - “não tem outro jeito”. Isto porque a restrição ao seu uso pode limitar o profissional de saúde à condição de vítima, levando a uma minimização da realidade, e desconsiderando a presença do engajamento e seu papel de agente diante dos dilemas vivenciados na prática diária.<sup>(17,20)</sup>

“Agentes morais” podem ser definidos como profissionais que se esforçam para encontrar a atitude correta a ser tomada. Mais especificamente, a literatura descreve a maneira de expressar o papel de agente moral na prática como tendo coragem moral.<sup>(21)</sup> A coragem moral pode ser definida como “a capacidade de um indivíduo de superar o medo e lutar pelos valores em que acredita, os quais considera fundamentais”. É a vontade de falar e fazer o que é certo, em face a forças que levariam uma pessoa a agir de alguma outra forma, sem se intimidar. Ela coloca “princípios em ação”.<sup>(21)</sup>

Na prática ética, a coragem moral configura-se como a conexão entre o reconhecimento pelo profissional da atitude correta a ser tomada e a consequente realização desta ação.<sup>(21,22)</sup> Ou seja, a reflexão sobre a atitude correta a ser tomada se torna coragem moral quando ela é ativada por uma conduta em prol do paciente, de acordo com obrigações e valores pessoais. Porém, propor condutas e tomar atitudes, exercendo a coragem moral, pode trazer riscos e consequências negativas ao profissional, como conflito com colegas, humilhação, rejeição e ridicularização.<sup>(21)</sup> Fatores que inibem ou tentam abafar a coragem moral incluem culturas organizacionais que sufocam a discussão sobre comportamentos antiéticos; disposição para comprometer os padrões pessoais e os códigos profissionais, a fim de evitar isolamento social (“vamos fazer assim para que fique tudo bem”) ou para assegurar uma promoção/favoritismo dentro da organização; dificuldade para confrontar comportamentos antiéticos; indiferença aos valores éticos; apatia de profissionais em virtude de *burnout* em sua carreira; conflitos entre a equipe para apoiar uma decisão com aspectos antiéticos; tendência para redefinir comportamentos antiéticos como aceitáveis; e falta de comunicação entre membros da equipe.<sup>(22)</sup>

São necessários, então, amparar os profissionais como agentes morais e promover a coragem moral para o desenvolvimento da prática ética em nossas UTI pediátricas. Estratégias para tal incluem: educar os profissionais sobre condutas e códigos de ética profissionais para o desenvolvimento da competência moral; auxiliar o profissional a

identificar e manejar os riscos inerentes à conduta escolhida, reconhecendo situações que desencadeiam comportamentos agressivos e geram medo para exercer a coragem moral; e otimizar a comunicação entre os membros da equipe, a fim de estimular a negociação e diminuir tensões resultantes de desentendimentos e conflitos.<sup>(23)</sup>

### **Enfrentamento do sofrimento moral: promoção da coragem moral e a resiliência - "dentro da nossa equipe, todos têm voz e vez"**

Pesquisas recentes demonstram maneiras de superar a realidade do sofrimento moral a partir de uma abordagem que contemple as questões organizacionais, administrativas e pessoais. Nesse sentido, o manejo da carga de trabalho e distribuição de recursos, o apoio à boa relação com administradores, a implementação de políticas de trabalho adequadas, a disponibilização de uma política de abertura às divergências de opinião e o livre pensar e, ainda, a valorização da equipe multidisciplinar são fatores organizacionais influentes no ambiente ético de trabalho.<sup>(24)</sup>

Estratégias organizacionais para melhorar o ambiente de trabalho e minimizar o sofrimento moral incluem a discussão formal e informal dos dilemas éticos vivenciados pelos membros da equipe (*debriefings* ou "sessões de difusão"), consultorias ao comitê de ética (a fim de prover apoio e esclarecimento sobre o dilema ético em questão) e, ainda, *rounds* ou visitas de discussão de casos com dilemas éticos presentes na prática diária de maneira antecipatória (antes da explosão).

Outras estratégias administrativas voltadas aos profissionais incluem cultivar a intenção sensível, ou seja, estimular profissionais a engajarem-se em práticas que privilegiem a bondade, a generosidade e o humanismo.

Torna-se também necessário o reconhecimento do fenômeno do sofrimento pessoal pelos administradores, para que, conseqüentemente, o sofrimento moral possa ser percebido pelo profissional como algo "permitido" - um sinal de humanidade e afirmação de valores morais. As instituições devem promover técnicas e oportunizar cursos e seminários que estimulem reflexão e o questionamento durante a prática, para auxiliar o profissional a diferenciar-se do paciente, isto é, não sofrer pelo sofrimento do outro. Tais reflexões devem estimular o *insight* dos profissionais, isto é, motivar os profissionais a não superestimar sua identificação com a situação do paciente, evitando emoções negativas. Ainda, deve-se cultivar a sensibilidade moral dos profissionais, estimulando-os a confiar em seus intuitos e monitorar as emoções que possam desencadear o sofrimento moral. As direções de UTI pediátricas devem

promover e refinar o raciocínio ético por meio de educação continuada, para que os profissionais tenham bem definido o que é eticamente aceitável (por exemplo: conceito de morte cerebral e retirada de suporte de vida como medida aceitável) em seu meio.<sup>(25)</sup>

Do ponto de vista pessoal, destaca-se a importância de oportunizar aos membros da equipe um ambiente em que todos tenham sua voz ouvida (política de abertura), sem medo de represálias ou criticismo, reconhecendo as divergências de opinião, de acordo com as diferentes experiências profissionais, com o paciente e o que é o melhor para ele como focos principais. O fortalecimento das relações e o respeito ao trabalho em equipe, minimizando hierarquias ("aqui todos têm voz e vez"), são aspectos fundamentais para o desenvolvimento de uma prática ética e salutar.<sup>(24)</sup>

Métodos para gerenciar o sofrimento moral incluem, ainda, um estado emocional de equilíbrio e resiliência. Determina-se como resiliência "a capacidade de um indivíduo responder ao estresse de forma saudável e adaptável, de modo que os objetivos pessoais sejam alcançados com o mínimo custo psicológico e físico".<sup>(13)</sup> Neste contexto, autores sugerem como estratégia, no nível pessoal, a criação de zonas de resiliência, como, por exemplo, fazer uma pausa reflexiva antes do encontro com a família (por exemplo: informar que o prognóstico é muito ruim); refletir sobre a intencionalidade do ato; o apoio mútuo entre profissionais da mesma ou diversa categoria ("preciso te contar o que se passou comigo"); a realização de uma prática equilibrada, que inclui o treinamento da mente para evitar distrações e confusão emocional - o que se chama, em inglês, de *mindfulness* ou atenção plena; e o monitoramento das respostas somáticas, ou seja, o reconhecimento das respostas corporais a situações difíceis apresentadas pelos profissionais (por exemplo: taquicardia, palpitação, respiração rápida e cefaleia). Conseqüentemente, o profissional envolvido no cuidado de crianças gravemente enfermas deve cuidar de sua saúde, tendo horas suficientes de sono, alimentação equilibrada, exercícios físicos, e cultivo de interesses além do trabalho, como *hobbies* e distrações. Estas técnicas podem contribuir para uma sensação de estabilidade.<sup>(25)</sup> Na tabela 2, encontra-se um resumo das sugestões para enfrentamento do sofrimento moral.

### **Integração entre prática e pesquisa para compreensão do sofrimento moral em pediatria**

As pesquisas na área da ética pediátrica (o que pode ser estendida para UTI de adulto, onde o paciente não pode se comunicar ou não tem familiares) oferecem fonte

**Tabela 2 - Estratégias de enfrentamento do sofrimento moral em níveis organizacional, pessoal e administrativo**

Estratégias organizacionais	Estratégias pessoais	Estratégias administrativas
Manejo da carga de trabalho e distribuição de recursos; apoio à boa relação com administradores; implementação de políticas de trabalho adequadas; disponibilização de uma política de abertura às divergências de opinião e ao livre pensar; valorização da equipe multidisciplinar	Criação de zonas de resiliência, como, por exemplo, realizar uma pausa reflexiva antes do encontro com o paciente, para refletir sobre a intencionalidade dos atos	Cultivar a intenção sensível, ou seja, estimular profissionais a engajarem-se em práticas que privilegiem a bondade, a generosidade e o humanismo
Discussão formal e informal sobre os dilemas éticos vivenciados pelos membros da equipe ( <i>debriefings</i> ou "sessões de difusão")	Apoio mútuo entre profissionais da mesma ou de diversas categorias	O reconhecimento do fenômeno do sofrimento pessoal para que, consequentemente, o sofrimento moral possa ser percebido pelo profissional
Consultorias éticas formais para prover apoio e esclarecimento sobre o dilema ético em questão	Realização de uma prática cautelosa, que inclui o treinamento da mente para evitar distrações e confusão emocional	Prover técnicas com métodos de cultivar a reflexão e o questionamento durante a prática; auxiliar o profissional a diferenciar-se do paciente estimulando o " <i>insight</i> ", isto é, auxiliar o profissional a não superestimar sua identificação com a situação do paciente, a fim de evitar emoções negativas
<i>Rounds</i> ou visitas de discussão de casos com dilemas éticos presentes na prática diária de maneira antecipatória (antes da explosão)	Monitoramento das respostas somáticas, por meio do reconhecimento das respostas corporais a situações difíceis apresentadas pelos profissionais	Cultivar a sensibilidade moral dos profissionais, estimulando-os a confiar em seus intuítos e monitoramento de emoções, que possam desencadear o sofrimento moral

importante para o desenvolvimento de uma prática voltada para os melhores interesses do paciente, promovendo a agência e a coragem moral, e abordando e prevenindo o aparecimento do sofrimento moral. Por meio da pesquisa e de estudos clínicos pode-se aprimorar o conceito de "melhores interesses". Áreas importantes a serem pesquisadas seriam como melhorar a comunicação com a família e com crianças e/ou jovens maduros, que podem decidir sobre sua terapia; e como melhorar a comunicação e a colaboração interprofissional e multidisciplinar por meio criação de padrões éticos para o cuidado, respeitando a cultura local, entre outras.

Neste contexto, pesquisas interdisciplinares sobre ética pediátrica possuem papel fundamental na solidificação da abordagem multiprofissional. A abordagem internacional, trazendo diferentes contextos e experiências culturais e sociais, também pode contribuir para a compreensão mais ampla das questões éticas relacionadas ao cuidado, auxiliando a estabelecer o conceito de melhores interesses dentro da realidade sociocultural local.<sup>(26)</sup> Em tempo, o melhor preparo dos diferentes profissionais para enfrentar estas situações em sua rotina de trabalho deve ser um constante alvo de pesquisa.<sup>(26)</sup>

## COMENTÁRIOS FINAIS

O sofrimento moral é uma realidade inerente da prática em unidades de terapia intensiva, fenômeno este

ainda pouco explorado na literatura nacional. Sugere-se que, para identificar e discutir a dimensão do sofrimento moral na prática clínica, os profissionais de saúde sejam reconhecidos como agentes morais, compreendendo e estimulando o desenvolvimento da sua coragem moral. Advogar pelo paciente e com foco nele, mesmo tendo que enfrentar conflitos com colegas ou com as famílias, exige essa coragem moral. O ambiente de trabalho e as questões organizacionais precisam ser abordadas, para encorajar os membros da equipe a transpor medos e evitar atitudes intempestivas de cunho pessoal, ao depararem-se com situações que considerem não éticas e contrárias a sua percepção sobre o que é certo ou errado. Há a necessidade de identificar e desafiar as barreiras institucionais, para que se estabeleçam, no ambiente de trabalho, um ambiente ético e uma atitude de respeito mútuo entre profissionais. Ainda, há a necessidade de estimular e integrar a pesquisa com a prática clínica diária, no que diz respeito ao estabelecimento de padrões éticos, para que as condutas tomadas estejam de acordo com a melhor evidência disponível dentro do contexto socioeconômico local.

O objetivo não deve ser eliminar o sofrimento moral, visto que os profissionais de saúde são humanos e possuem valores, mas minimizá-lo, para que o cuidado com a criança gravemente enferma continue sendo feito com profissionalismo e respeito mútuos. Somente assim suas carreiras serão sustentáveis.

## ABSTRACT

In an ethical dilemma, there is always an option that can be identified as the best one to be chosen. When it is impossible to adopt such option, the situation can lead professionals to experience moral distress. This review aims to define the issue of moral distress and propose coping strategies. Systematic searches in the MEDLINE/PubMed and SciELO databases were conducted using the keywords “moral distress” and “moral suffering” in articles published between 2000 and 2017. This review was non-exhaustive and contextual, with a focus on definitions, etiologies and methods of resolution for moral distress. In the daily practice of intensive care, moral distress was commonly related to the prolongation of patients’ suffering and feelings of helplessness, as well as difficulties in communication among team members. Coping strategies for moral distress included organizational, personal and administrative actions.

Actions such as workload management, mutual support among professionals and the development of techniques to cultivate open communication, reflection and questioning within the multidisciplinary team were identified. In clinical practice, health professionals need to be recognized as moral agents, and the development of moral courage was considered helpful to overcome ethical dilemmas and interprofessional conflicts. Both in pediatric and adult intensive care, professionals are challenged by questions about their practice, and they may experience moral distress. This suffering can be minimized and solved by understanding that the focus is always on the patient and acting with moral courage and good communication in an environment of mutual respect.

**Keywords:** Ethics, clinical; Morals; Stress, psychological; Conflict (psychology); Decision making/ethics; Attitudes of health personnel; Infant; Child; Intensive care units, pediatric/ethics

## REFERÊNCIAS

- Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med.* 2007;35(2):422-9.
- Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nurs Ethics.* 2009;16(1):57-68.
- Wall S, Austin WJ, Garros D. Organizational influences on health professionals’ experiences of moral distress in PICUs. *HEC Forum.* 2016;28(1):53-67.
- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics.* 2005;12(4):381-90.
- Wall S, Austin W. The influence of teams, supervisors and organizations on healthcare practitioners’ abilities to practice ethically. *Nurs Leadersh (Tor, Ont).* 2008;21(4):85-99.
- Bruce CR, Miller SM, Zimmerman JL. A qualitative study exploring moral distress in the ICU team: the importance of unit functionality and intrateam dynamics. *Crit Care Med.* 2015;43(4):823-31.
- Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues.* New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
- Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care.* 2016;31(1):178-82.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs.* 2001;33(2):250-6.
- Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res.* 2012;3(2):1-9.
- Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol.* 2017;22(1):51-67.
- Houston S, Casanova MA, Leveille M, Schmidt KL, Barnes SA, Trungale KR, et al. The intensity and frequency of moral distress among different healthcare disciplines. *J Clin Ethics.* 2013;24(2):98-112.
- Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med.* 2013;88(3):301-3.
- Garros D, Austin W, Carnevale FA. Moral distress in pediatric intensive care. *JAMA Pediatr.* 2015;169(10):885-6.
- Carnevale FA, Benedetti M, Bonaldi A, Bravi E, Trabucco G, Biban P. Understanding the private worlds of physicians, nurses, and parents: a study of life-sustaining treatment decisions in Italian paediatric critical care. *J Child Health Care.* 2011;15(4):334-49.
- Carnevale FA, Farrell C, Cremer R, Canoui P, Séguret S, Gaudreault J, et al. Struggling to do what is right for the child: pediatric life-support decisions among physicians and nurses in France and Quebec. *J Child Health Care.* 2012;16(2):109-23.
- Santos RP. *Vivências morais e sofrimento moral de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde [Dissertação].* Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2016.
- Schultz DS, Carnevale FA. Engagement and suffering in responsible caregiving: on overcoming maleficence in health care. *Theor Med.* 1996;17(3):189-207.
- Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *J Pers Soc Psychol.* 1996;71(2):364-74.
- Carnevale FA. Confronting moral distress in nursing: recognizing nurses as moral agents. *Rev Bras Enferm.* 2013;66 Spec:33-8.
- Lachman VD. Moral courage: a virtue in need of development? *Medsurg Nurs.* 2007;16(2):131-3.
- Murray JS. Moral courage in healthcare: acting ethically even in the presence of risk. *Online J Issues Nurs.* 2010;15(3).
- Lachman VD. Strategies necessary for moral courage. *Online J Issues Nurs.* 2010;15(3).
- Wall S, Austin WJ, Garros D. Organizational influences on health professionals’ experiences of moral distress in PICUs. *HEC Forum.* 2016;28(1):53-67.
- Rushton CH, Kaszniak AW, Halifax JS. Addressing moral distress: application of a framework to palliative care practice. *J Palliat Med.* 2013;16(9):1080-8.
- Carnevale FA, Campbell A, Collin Vézina D, Macdonald ME. Interdisciplinary studies of childhood ethics: developing a new field of inquiry. *Child Soc.* 2015;29(6):511-23.