

Sufrimiento moral de los trabajadores de una UCI pediátrica

Janaína Sortica Fachini¹, Adriana Vilma Scrigini², Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima³

Resumen

Las unidades de cuidados intensivos pediátricos son unidades hospitalarias complejas que constituyen un ambiente laboral que puede generar sufrimiento moral a quienes allí trabajan. En la presente investigación se analizó el sufrimiento moral al que están expuestos los profesionales de un equipo multidisciplinario de una unidades de cuidados intensivos pediátricos de un hospital del Sistema Único de Salud de un municipio del Sur de Brasil. Se trata de un estudio cualitativo en el que se escogió a la hermenéutica-dialéctica como método y como matriz epistemológica. Los datos señalaron percepciones de sufrimiento moral con origen en la carencia de infraestructura y de fronteras de humanización. A partir de la categoría “sufrimiento moral: de la carencia de recursos a los límites de la humanización”, el análisis ha revelado fuerte asociación entre el sufrimiento moral y los conflictos éticos. Como propuestas de afrontamiento, se sugiere la lucha por políticas públicas con compromiso ético, el reconocimiento de la dimensión ética como herramienta para un proceso de trabajo humanizado y la aplicación de esta dimensión en una red de salud, de acuerdo a Mario Rovere.

Palabras clave: Estrés fisiológico-Moral. Estrés psicológico-Moral. Bioética. Unidades de cuidado intensivo pediátrico.

Resumo

Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica

Unidades de terapia intensiva pediátricas são unidades hospitalares complexas, constituindo cenário laboral potencialmente gerador de sofrimento moral ao trabalhador. Esta pesquisa analisou o sofrimento moral a que estão expostos profissionais de saúde que atuam em unidade de terapia intensiva pediátrica de hospital conveniado do Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Brasil. Trata-se de estudo qualitativo em que se elegeu a hermenêutica-dialética como método e matriz epistêmica. Os dados apontaram percepções de sofrimento moral oriundo de carência infraestrutural e de fronteiras da humanização. A partir da categoria “sofrimento moral: da carência de recursos aos limites da humanização”, a análise revelou forte associação entre sofrimento moral e conflitos éticos. Como propostas de enfrentamento, sugere-se a luta por políticas públicas eticamente comprometidas, reconhecimento da dimensão ética como ferramenta para processo de trabalho humanizado e aplicação dessa dimensão em rede de saúde segundo Mario Rovere.

Palavras-chave: Estresse fisiológico-Moral. Estresse psicológico-Moral. Bioética. Unidades de terapia intensiva pediátrica.

Abstract

Moral distress of workers from a pediatric ICU

Pediatric intensive care units are complex hospital settings, which constitute a workplace with potential to generate moral distress for the employees. This research analyzes the moral distress faced by health professionals who are active in a pediatric intensive care units in the South of Brazil. It is a qualitative study in which dialectical hermeneutics was chosen as a method and epistemic matrix. The data shows perceptions of moral distress originated from the lack of material resources as well as the limits of humanization. The analysis of the category “moral distress: from the lack of resources to the limits of humanization” revealed a strong association between moral distress and ethical conflicts. Confrontation strategies foresee the fight for ethically committed public policies, recognition of the ethical dimension as a tool for a humanized working process and the application of this dimension in a healthcare network, as proposed by Mario Rovere.

Keywords: Stress, physiological-Morale. Stress, psychological-Morale. Bioethics. Intensive care units, pediatric.

Aprovação CEP-Univali 1.177.923

1. **Mestre** janainasortica@univali.br – Universidade do Vale do Itajaí (Univali) 2. **Mestre** ascrigni@intramed.net.ar – Universidad del Museo Social Argentino (Umsa), CABA, Argentina 3. **Doutora** rita.lima@univali.br – Univali, Itajaí/SC, Brasil.

Correspondência

Janaína Sortica Fachini – Rua Martha Souza da Silva, 23, São João CEP 88304-355. Itajaí/SC, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

El proceso de trabajo, en el complejo contexto salud-enfermedad, en diferentes ocasiones puede someter al profesional a decisiones que no le gustaría tomar. En este ambiente de trabajo, cuando la persona se torna incapaz de actuar de acuerdo con sus elecciones o su moralidad, puede sobrevenir el sufrimiento moral. El sufrimiento moral o estrés moral puede definirse como aquel generado a partir de experiencias vividas por el profesional en situaciones que expongan la ética en el trabajo, pudiendo afectar su mente, su organismo y sus vínculos. Es decir, circunstancias en las que el trabajador sabe lo que debe hacerse técnicamente y según su moral y su ética pero, por limitaciones reales o aparentes en el ambiente de trabajo, no es capaz de actuar de acuerdo a ello o cumplir con las normas exigidas^{1,2}.

En una revisión bibliográfica, Silva³ relacionó las principales causas de estrés ocupacional en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por categoría profesional, incluyendo médicos, psicólogos y enfermeros. Las principales causas vinculadas a los médicos fueron identificadas como exceso de trabajo, empleos múltiples, gran responsabilidad profesional, área de actuación, relación médico-paciente, reclamos de la sociedad y baja remuneración en relación a la jornada de trabajo.

En relación a los psicólogos, el contacto con el dolor constante, la muerte, el sufrimiento; los problemas de inserción en el equipo, el involucramiento emocional con pacientes y familiares; las situaciones de crisis y la falta de formación en el área hospitalaria fueron las principales causas observadas. Finalmente, en cuanto a los enfermeros, la diversidad de actividades, las interrupciones frecuentes, las situaciones de crisis, el contacto directo con el dolor del paciente, los bajos salarios y la irregularidad de horarios fueron los factores más influyentes. Considerando que el sufrimiento moral de los trabajadores en una UCI infantil requiere de un análisis ético contextualizado, el estudio presentado en este artículo procuró identificar de qué modo el sufrimiento moral se manifiesta en los trabajadores de un equipo multidisciplinario que opera en la UCI Pediátrica de un hospital universitario en el sur de Brasil.

Método

Se trata de un estudio de caso único⁴ realizado por medio de una investigación cualitativa, exploratoria y comprensiva en un hospital universitario pediátrico en un municipio del sur de Brasil, con un análisis de datos de tipo hermenéutico-dialéctico. En el diseño del estudio se consideró que, en las investigaciones cualitativas en salud, las experiencias

del equipo multiprofesional, en un contexto específico, constituyen un ejemplo de estudio de caso⁵. Se respetaron las fases que caracterizan este tipo de técnica: 1) definición de la estructura conceptual-teórica; 2) planificación de los casos; 3) conducción de la prueba piloto; 4) recolección de datos; 5) análisis de datos y 6) informe del estudio e interpretación de los datos^{4,5}.

Evaluada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Univali, en Santa Catarina, Brasil, la investigación fue realizada conforme a las determinaciones de la Resolución CNS 466/2012⁶. La muestra estuvo compuesta por 18 participantes, todos profesionales de nivel superior, integrantes de un equipo multidisciplinario de la UCI Pediátrica (UCIP) que satisfacía los criterios de inclusión en la época de la realización de la investigación. Se utilizaron los siguientes criterios para la selección de los participantes: 1) trabajar en la UCIP del hospital estudiado; 2) estar en ejercicio laboral en el período de realización de la investigación; 3) tener una formación superior completa y ocupar un cargo correspondiente a su formación; 4) estar de acuerdo con participar de la investigación y 5) autorizar la publicación de los resultados de la investigación.

En la primera etapa se procuró seleccionar a posibles invitados para participar del estudio. Para ellos, los profesionales fueron registrados por nombre, ocupación y horario de trabajo, dando un total de 18 participantes. Se procedió, entonces, a la etapa de realización de las invitaciones, realizadas personalmente y de forma individual entre el 11 y el 18 de agosto de 2015. Todos los invitados se correspondieron con los criterios de inclusión. La etapa siguiente implicó la realización de entrevistas semiestructuradas individuales para la recolección de datos en el período del 19 de agosto al 18 de septiembre de 2015. Se realizaron 19 entrevistas y la primera fue considerada una prueba piloto. Luego de los ajustes necesarios, señalados por ésta, se realizaron las demás entrevistas, que recibieron una identificación por letras y números, de Q1 a Q18. La entrevista piloto fue realizada con uno de los miembros del equipo y no fue considerada en el análisis, dado que necesitó de ajustes estructurales.

El tema estudiado fue elegido por la primera autora, teniendo como inspiración las discusiones y las mesas redondas que tuvieron lugar en congresos de terapia intensiva. La investigadora forma parte del equipo de estudio y trabaja en terapia intensiva pediátrica desde hace más de 10 años, considerando a la temática, por lo tanto, pertinente para su realidad laboral. Las entrevistas fueron aplicadas por la propia investigadora.

Los encuentros con los participantes se dieron individualmente, en una sala reservada en el propio

lugar de trabajo, en un horario alternativo al del expediente del entrevistado. El material empírico fue registrado en anotaciones y en audios y, posteriormente, se transcribió con rigor ético. El método adoptado en la investigación fue el testimonio personal, en el cual la investigadora define temas, dirige el abordaje y concluye la entrevista, en el momento oportuno, aunque se trate de *experiencias vividas* por el entrevistado⁷. Por el hecho de que la investigadora trabaja en la UCIP del estudio, la relación se estableció entre colegas de trabajo.

Para realizar el estudio se firmó el acuerdo de aceptación por parte de la institución. La investigadora tuvo libertad para desarrollar la recolección sin ninguna interferencia institucional, habiendo asumido el compromiso de compartir los resultados con la institución, con el objetivo de mejorar el ambiente y las relaciones de trabajo.

Basar la investigación en la producción de pensamientos sobre experiencias vividas significa centrarlas en las “representaciones de los sujetos”. Esto implica, por un lado, el estudio del sufrimiento moral por medio de narrativas individuales y experiencias singulares y, por el otro, identificar la existencia del sufrimiento moral en este equipo y cómo es percibido por los participantes, además de intentar definir sus principales factores relacionados o agravantes.

Se eligió la hermenéutica-dialéctica como método y matriz epistemológica, puesto que este tipo de análisis permite aprehender las relaciones humanas y su relación con el proceso salud-enfermedad⁸. Comprendida en el encuentro entre las ciencias sociales con la filosofía⁹, la hermenéutica-dialéctica permite que se despliegue el proceso de interpretación del objeto de investigación mediante comprensión y explicación de un determinado contexto¹⁰. La hermenéutica busca comprender el contexto en base al lenguaje y a la tradición, mientras que la dialéctica busca comprender la realidad por medio de la explicación y la interpretación de ese lenguaje (utilizado por el sujeto en un determinado nexo causal). Es decir, los conflictos y las contradicciones de determinada realidad pueden ser interpretados y explicados dentro de esos contextos específicos. En este sentido, el investigador, basado en sus experiencias personales y en el conocimiento teórico, procura agrupar expresiones y palabras significativas, de las cuales emergerán categorías y subcategorías específicas, resultantes de la integración entre comprensión, explicación e interpretación del objeto investigado^{9,10}.

Por medio de este abordaje, el sufrimiento moral fue analizado en relación al proceso de trabajo y a sus limitaciones, considerando también el conocimiento de los participantes, expresado a través de sus discursos, para la definición del sufrimiento moral. En

esta fase, se siguieron algunos pasos¹¹: 1) Ordenamiento de los datos mediante sistematización, con transcripción de todas las entrevistas, organizadas con anotaciones realizadas durante su transcurso; 2) Clasificación de los datos obtenidos en base a fundamentos teóricos. A partir de este momento, luego de la lectura minuciosa de las entrevistas, las palabras/expresiones/sentimientos más frecuentemente vinculados con el sufrimiento moral fueron agrupados y reorganizados con la finalidad de identificar estructuras relevantes; 3) Análisis final, estableciendo relaciones entre los datos recogidos, las referencias teóricas y el marco analítico y seleccionando categorías y subcategorías de análisis del estudio.

En la etapa final del trabajo, a partir de la sistematización de los discursos considerados relevantes (y más frecuentes) se crearon dos unidades narrativas distintas. La primera unidad, denominada “¿Qué es el sufrimiento moral?”, consistió en las definiciones relatadas por los participantes de la investigación por medio de las palabras más frecuentemente empleadas para sufrimiento moral, además de los sentimientos relacionados con éste. En el análisis de las expresiones sobre sufrimiento moral contempladas en esta unidad, emergieron dos subcategorías, agrupadas en una categoría central: “Sufrimiento moral: de la carencia de recursos estructurales a los límites de la humanización”. Se hizo necesaria, entonces, una incursión mayor en temáticas de tecnociencia y de la humanización en salud, además de las referencias teóricas ya estudiadas. Se procedió al análisis de los datos bajo la mirada de la bioética.

Perfil

La muestra del estudio estuvo formada por los 18 miembros del equipo multiprofesional de la UCI Pediátrica de un hospital universitario del Sur de Brasil, compuesta por siete médicos, cinco enfermeros, dos fisioterapeutas, un psicólogo, un asistente social, un fonoaudiólogo y un nutricionista.

En cuanto a la distribución por sexo, seis entrevistados eran de sexo masculino y doce de sexo femenino. Agrupados por sexo y profesión, todos los individuos del sexo masculino eran médicos. El promedio de edad general fue de 36,1 años, variando entre 24 y 51 años. El equipo médico presentó mayor promedio de edad, 42,4 años, siendo el equipo de enfermería el menor, con una media de 27,8 años, mientras que los demás profesionales presentaron un promedio de 35,6 años.

De los 18 entrevistados, sólo tres trabajaban exclusivamente en la UCI Pediátrica. De los 15 participantes que no trabajaban exclusivamente en la UCIP, cinco se desempeñaban en otros sectores del

hospital por el mismo contrato de empleo y diez reportaron tener dos o más empleos, entre los cuales se incluyen todos los médicos, dos enfermeros y un fisioterapeuta.

En cuanto al tiempo de trabajo en la UCIP luego de haber egresado de la universidad, la mitad de los entrevistados informó entre diez y veinte años de actuación, seis tenían menos de diez años y tres más de veinte años. La carga horaria semanal dedicada a la UCIP se dividió en intervalos de hasta veinte horas semanales. Los datos muestran que diez profesionales más de veinte horas y ocho de ellos menos de 20 horas por semana en la UCI.

Al ser interrogados acerca de qué es el sufrimiento moral, 10 de los entrevistados dijeron que conocían sobre el tema, definiéndolo con sus propias palabras, mientras que ocho no supieron definirlo. No obstante, con el seguimiento de la entrevista, se le preguntó a cada participante sobre alguna vivencia de una situación que le hubiese generado sufrimiento moral, según sus propias definiciones y/o percepciones del tema en el transcurso de la entrevista o de la exposición de situaciones-problema.

A partir de la comprensión de lo que estaba siendo definido como “sufrimiento moral”, 16 entrevistados reconocieron que ya habían vivenciado al menos una vez una situación que les generase esa sensación, mientras que dos respondieron negativamente. Entre el equipo médico y el de enfermería, todos los profesionales hicieron referencia a haber pasado por alguna situación de sufrimiento moral. Esto lleva a inferir que las profesiones que brindan cuidados a pacientes por tiempos más prolongados (como las de medicina y enfermería) y trabajan por períodos más largos en la UCIP son más susceptibles al sufrimiento moral.

¿Qué es el sufrimiento moral?

Como se expuso anteriormente, frente a la pregunta sobre el sufrimiento moral, 10 profesionales reconocieron el concepto y lo definieron con sus propias palabras, mientras que ocho no conocían la expresión ni supieron definirla. Entre las definiciones de sufrimiento moral presentadas, se puede destacar:

“Tal vez (...) la sensación de malestar (...) de no sentirse apto para hacer alguna cosa o (...) aquella sensación de salir del trabajo y no conseguir hacer lo que uno debería haber hecho, o por una cuestión (...) técnica de la institución o una cuestión técnica de uno, creo que eso es lo que me deja más (...) angustiado” (Q7);

“Creo que son los daños emocionales causados (...) por tu perspectiva junto al paciente” (Q13);

“Algún sentimiento feo (...) creo que es la parte pesada de trabajar en la UTI” (Q11);

“Algunas situaciones en las que nos sentimos impotentes (...) para tomar algunas decisiones, que te deja así medio que en el medio de la situación, que es difícil elegir lo que se va a hacer” (Q1).

El sufrimiento moral puede ser definido como aquel que alcanza a la mente, al cuerpo o a las relaciones como resultado de una situación en la que la persona juzga lo que es moralmente correcto, tiene conciencia de su responsabilidad, pero siente que su participación es ineficaz para modificar tal situación¹². También puede definirse como un desequilibrio psicológico ocasionado por sentimientos dolorosos resultantes de la incoherencia entre las acciones de la persona (influenciadas por barreras individuales, institucionales o sociales) y sus convicciones¹³.

Se puede percibir en los discursos presentados elementos indicativos de que la realidad del sufrimiento moral no es producto del pensamiento, sino un efecto de la actividad humana, de condiciones y relaciones sociales establecidas en el proceso de trabajo. Por ejemplo, cuando el entrevistado habla sobre “perspectiva junto al paciente” (Q13), parece inferir que, cuando el profesional no consigue transformar la realidad en su actividad laboral (recuperar la salud/vida del paciente), se frustra, lo que acaba generando sufrimiento moral.

La misma reflexión se aplica a los demás relatos. Cuando otro entrevistado habla sobre sentimientos negativos generados al salir del trabajo con la sensación de que “no consiguió hacer lo que uno debería haber hecho” (Q7) o cuando el trabajador se siente “impotente (...) para tomar algunas decisiones” (Q1), se percibe una gran aproximación con los sentimientos generados por la actuación concreta de los profesionales, locus de la producción de sentidos, reforzando la comprensión de que el sufrimiento moral es producto de la actividad humana.

Cuando se les preguntó sobre sentimientos relacionados a situaciones comprendidas como sufrimiento moral, las respuestas más frecuentes fueron: angustia, impotencia, frustración, culpa, inseguridad, incapacidad, preocupación, constreñimiento, tensión, intolerancia, indignación, rabia, desánimo, aprensión, descontento, pesar, falta de autonomía, ansiedad, miedo y dolor frente a la muerte. En los discursos se encontraron, entre los factores desencadenantes de sufrimiento moral, dos categorías distintas: 1) sufrimiento moral

por carencia de recursos (principalmente en cuanto a recursos tecnológicos) y 2) sufrimiento moral por los límites de la humanización de la UCI Pediátrica. Ambas subcategorías se analizan a continuación, a partir de una categoría central.

Sufrimiento moral: de la carencia de recursos estructurales a los límites de la humanización

Se le preguntó a los entrevistados si encontraban alguna barrera (en el sentido de obstáculos/limitaciones) para realizar sus funciones como les gustaría en la UCIP o si siempre desempeñaban sus funciones como quieren. De los 18 entrevistados, 11 informaron que no siempre consiguen ejecutar sus funciones como les gustaría; uno dijo que nunca ejecuta sus funciones como le gustaría y que siempre encuentra barreras; y seis dijeron no encontrar barreras. Los doce participantes que reportaron limitaciones en el proceso de trabajo pertenecían al equipo médico y de enfermería. Entre las quejas más encontradas como obstáculos en el trabajo en la UCIP surgieron preguntas estructurales, como carencia de equipamientos y tecnología, como en el siguiente dicho:

“Para mí el sufrimiento moral es, es cuando yo (...) tendría algún recurso, existiría algún recurso (...) más viable para aquel paciente y por falta de estructura el paciente no lo recibe. Yo me siento un poco moralmente ofendido, porque yo participo de ese esquema, yo accedo a trabajar en este esquema con fallas, ¿no?, y en el momento en que el que lo necesitamos, siento bastante sufrimiento (...) tal vez por no haber luchado más para que esa estructura brinde una mejor atención, someterme a trabajar en un lugar que es nuestro día a día (...) encuentro barreras, la falta de estructura es la principal de ellas” (Q17).

En este sentido, las barreras encontradas para realizar un buen trabajo en la UCIP, conforme a lo relatado por este entrevistado, se refiere al aparato tecnológico insuficiente. Sabiendo que existen tecnologías para ofrecer un mejor tratamiento a los pacientes, el hecho de no tener acceso a las mismas provoca sufrimiento. Según Piers y colaboradores¹⁴, cuando los trabajadores perciben los cuidados brindados en la UCI como experiencias inadecuadas son conducidos a un sufrimiento moral agudo, lo cual aumenta el riesgo de agotamiento, pudiendo comprometer la calidad de los cuidados brindados y aumentar la rotación de personal. El conflicto ético puede generarse cuando el profesional toma decisiones, puesto que, elegir, transita entre el deseo y la necesidad, renunciando a otras posibilidades. Esa renuncia a otros cursos de acción puede generar incertidumbre en relación

a la elección deliberada, lo cual trae aparejado un desfase en la dinámica relacional¹⁵.

La convivencia con conflictos éticos es parte de la vida humana, puesto que el deseo, las necesidades y las posibilidades son producto de la experiencia de decidir. No obstante, la reflexión práctica sobre la importancia de identificar, cotidianamente, los factores que desestabilizan el proceso de trabajo saludable (en este caso, la falta de condiciones estructurales) es un imperativo ético que se le impone al trabajador¹⁵. En la situación presentada, se entiende que la renuncia sería en cuanto al hecho de *“no haber luchado más para tener esa (...) estructura”* (Q17), y esa renuncia (o elección) tiene un impacto negativo en su trabajo y, consecuentemente, en su vida cotidiana. Los datos revelan una producción de sufrimiento moral en el interior de los conflictos éticos.

Se comprende, entonces, que la autonomía del profesional se ve bastante comprometida por la sumisión del trabajador ante las condiciones de trabajo impuestas que, por su parte, limitan su libertad de elección. Esta situación adversa conduce a conflictos entre la libertad y el deber, recordando que se trata de un contexto singular, en el cual la ausencia de recursos puede significar vida o muerte. Berlinguer¹⁶ atribuye la disparidad de acceso a los beneficios de los avances médicos de acuerdo con la región del mundo en la que se vive o la clase social a la que se pertenece. Según el autor, en la aproximación entre mundo industrializado y países pobres, estos presentan una expectativa de vida de un promedio de 20 años menor y una mortalidad de diez a quince veces mayor. Por lo tanto, en tales contextos, el “derecho a la salud” parece ser sólo un enunciado teórico para vastos sectores de la población en todo el mundo.

La desigualdad en la distribución de recursos estructurales es una cuestión mundial. En la *Conferencia mundial sobre la ciencia y el uso del saber científico*¹⁷ de la UNESCO, la distribución de recursos estuvo en agenda, considerándose a la investigación científica una fuerza motriz en la salud y en la protección social, y que su mejor utilización podría mejorar significativamente la salud de la humanidad. Esta constatación torna imperiosa la necesidad de reducir las disparidades entre países desarrollados y países en desarrollo, mediante el acceso igualitario a la ciencia y a la tecnología, no sólo como una exigencia social y ética para el desarrollo humano, sino también para el desarrollo del potencial científico de las comunidades de todo el mundo.

En el testimonio de otro participante, se percibe la cuestión del sufrimiento generado por la escasa resolución de parte del Estado en cuestiones de salud: *“dan ganas de pedir, de gritar, para exigir al Estado que resuelva ese problema y uno se queda sufriendo también con la situación”* (Q1).

Este tipo de respuestas remiten al contexto social, en el cual todos los entrevistados están insertos. Como sujetos históricos de un colectivo más amplio – el país – se ven influenciados por los hechos históricos, que producen y reproducen tendencias socioculturales segmentadas por sexo, edad, formación, color de piel, etc. En consecuencia, los participantes del estudio deben ser vistos como integrantes de un equipo multiprofesional con formación de nivel superior que trabaja en una UCIP de un país que aún no consigue garantizar, en la práctica y para todos, los derechos sociales conquistados jurídicamente. Una nación en la cual, en el ámbito colectivo, la seguridad de los medios no está dispuesta universalmente por parte del Estado.

En ausencia de condiciones estructurales que viabilicen un proceso de trabajo de calidad, la autonomía se ve reducida en el momento en que los profesionales no poseen la libertad para deliberar cómo les gustaría realizar sus actividades. Esto se percibe en los discursos de los entrevistados: *“Sensación de salir del trabajo y no conseguir hacer lo que uno debería haber hecho, o por una cuestión (...) técnica de la institución o por una cuestión técnica de uno”* (Q7); *“no tener la autonomía que debería tener”* (Q11). Cuando se les pregunta por las modificaciones que harían en su ambiente de trabajo en la UCIP si fuera posible, surgieron algunas sugerencias de los propios participantes de la investigación: *“estructura, ¿no? Siempre estamos discutiendo”* (Q7).

La terapia intensiva pediátrica en Brasil ha experimentado un gran crecimiento en los últimos años, siguiendo una tendencia mundial. No obstante, este crecimiento tuvo lugar sin que se realizase una planificación estratégica adecuada, y el resultado de eso son las desigualdades regionales y nacionales que se reflejan en la falta de equidad en la distribución de las camillas. Hay grandes contrastes, principalmente entre sectores público y privado, variando de unidades altamente sofisticadas a otras sin la estructura mínima necesaria, lo cual siempre perjudica a la parte menos favorecida de la población¹⁸. Un estudio realizado sobre la distribución de camillas en UCI Pediátricas y Neonatales en la ciudad de São Paulo mostró una distribución desproporcional, estando la mayoría localizada en la región central mientras que la mayor parte de la población pediátrica reside en áreas periféricas de la ciudad. Otro dato importante de este estudio fue que, de forma general, había un exceso de camillas privadas y un déficit de camillas públicas¹⁹.

Además de los aspectos ya descritos, en ocho entrevistas los participantes hicieron una relación directa entre el sufrimiento moral y las cuestiones de humanización en la UCIP, mientras que, indirectamente, 14 participantes citaron aspectos relacionados con la humanización en la unidad. Estas referencias

incluyeron: limitaciones al acceso de los padres a la UCI (Q1, Q3, Q5, Q7, Q12, Q14); reducción de la empatía del profesional (Q3, Q10); dificultades en la relación con el equipo (Q2, Q4, Q5, Q16); conflictos con familiares de pacientes (Q9, Q11, Q15), dificultades para lidiar con la muerte (Q6, Q7, Q12, Q14, Q16); y agotamiento físico (Q14, Q16).

Cabe realizar aquí una pequeña aclaración sobre el concepto que orienta la Política Nacional de Humanización (PNH), formulada y lanzada en 2003 por el Ministerio de Salud en respuesta al número significativo de quejas de los usuarios de hospitales públicos²⁰. El término “humanización” fue utilizado inicialmente para mejorar la calidad de la atención del usuario del Sistema Único de Salud (SUS), como dispositivo capaz de ampliar la materialización de la universalidad, la igualdad de la asistencia y la asistencia integral, principios doctrinarios del SUS²¹.

Recientemente, este término viene siendo relacionado también con los trabajadores de la salud, debido a las reivindicaciones de mejores condiciones de trabajo, una mejora en la formación profesional y medios más eficaces para lidiar con los impactos causados por el afrontamiento cotidiano de la enfermedad y del sufrimiento. La atención a estas reivindicaciones podría ayudar a esos trabajadores a lidiar con los desafíos impuestos por la asistencia en salud²². En un trabajo realizado con un equipo de enfermería de una UCI, la idea de “humanizar” fue sintetizada en la afirmación *amar al prójimo como a ti mismo*. De acuerdo con ese mismo trabajo, *humanizar es una medida que busca, sobre todo, hacer efectiva la asistencia al individuo críticamente enfermo, considerándolo como un ser bio-psico-espiritual*²³. Es decir, la humanización parece estar vinculada a la acogida, pero también a la resolutivez y la efectividad.

Las fallas en el proceso de humanización pueden conducir al profesional de salud al sufrimiento moral: *“el horario de visita. Creo que es muy poco, también entiendo las rutinas del hospital, pero aun así creo que las personas se encierran mucho en esa cuestión de la rutina (...) no se ponen en el lugar del otro”* (Q3). De este fragmento se puede desprender que, a pesar de haber un papel institucional establecido, las “rutinas” terminan despersonalizando al trabajador, puesto que en el momento en que son impuestas, impiden que se pueda reflexionar sobre cuál sería la mejor conducta ética en cada caso. Como ejemplo del discurso presentado, ¿cuál sería el tiempo ideal para que los padres permanezcan junto a sus hijos internados en la UCIP?

Según Heck²⁴, en los lugares donde *imperan los procesos despersonalizados no hay condiciones para aplicar una matriz de conductas responsables*. Esta afirmación aparece reflejada en otro fragmento, en el cual se puede percibir que el entrevistado

interpreta a las rutinas como “reglas” impuestas, las cuales debe acatar: *“No dejar a los padres 24 horas en la UCI (...) es una regla que hay que aceptar (...) no creo que esté bien hacer eso”* (Q14).

En la afirmación anterior se puede invocar nuevamente la cuestión de la autonomía: ¿de qué modo el profesional podrá ejercer su autonomía cuando se le imponen “reglas” que entran en conflicto con su moralidad? ¿Y cómo y con qué recursos internos deliberaría si fuese libre de escoger el curso de acción? El testimonio muestra, nuevamente, la fragilidad de la persona frente a las normas impuestas que no posibilitan su ejercicio ético de elegir entre dos acciones posibles. Esta cuestión introduce un verdadero dilema experimentado cotidianamente por los profesionales.

La ética médica presupone el deber, de los profesionales de salud, de actuar de acuerdo al mejor interés del paciente. No obstante, el actuar profesional también debe acatar reglas y regímenes establecidos por las instituciones para que puedan atender en escala, respondiendo a las necesidades de varias personas. Estas dos “obligaciones” pueden oponerse drásticamente en algunos casos²⁵.

Se cree que este conflicto es también otro factor que lleva al profesional hacia la despersonalización, como se percibe en la siguiente frase: *“La persona (...) crea un caparazón u otra persona para poder trabajar aquí dentro (...) las cosas son muy frías (...) yo soy muy fría aquí dentro (...) no consigo conmovirme con ciertas cosas”* (Q10). El fragmento muestra cuánto el propio entrevistado se refiere a la despersonalización fomentada por el ambiente de trabajo.

Incluso emergiendo como un mecanismo de defensa frente a situaciones que no puede resolver, el proceso alcanza una situación tal que el trabajador pierde la empatía por el prójimo. La empatía puede ser definida como un *sentimiento espontáneo de identificación con aquel que sufre, proceso en el cual está involucrada la emoción*, y puede ser el “puente” entre la medicina basada en evidencias y la medicina centrada en el enfermo²⁶. Los datos revelaron esa erosión de la empatía como probable fuente de sufrimiento moral ya que, en la secuencia de su discurso, el mismo entrevistado dice: *“creo que deberíamos tener un poco más de contacto, como en otros lugares, otras unidades, que no sea en la UCI, las personas son más receptivas, son más humanas uno con otro, aquí nos volvemos más fríos”* (Q10).

Se percibe que el entrevistado ve a la UCIP como un lugar de escasa empatía y humanización, cuando se la compara con otros sectores del mismo hospital. Una investigación realizada sobre humanización en la UCI²³ señaló que en el contexto real de

la unidad puede haber una dicotomía entre teoría y práctica. Esto es porque para la conceptualización de los cuidados humanizados se utilizaron palabras como “amor”, “cariño”, “diálogo”, “privacidad” y “atención” hacia los pacientes y los familiares. En la práctica, sin embargo, se mencionan actitudes, comportamientos y conductas que caracterizan a la UCI como un ambiente mecánico y hostil para los pacientes, los familiares y para el equipo. Otros testimonios revelaron que el profesional no siente pertenecer al equipo de trabajo: *“Cuando yo entro aquí medio que me trabo, no sé por qué ya no tengo (...) no tengo la interacción (con el equipo)”* (Q5). El sentimiento de no pertenencia y la falta de interacción con el equipo pueden ser fuentes de sufrimiento moral^{3,27}. Para adecuar esas relaciones, la PNH propone un aumento de la colaboración y del compartir entre los actores en el área de la salud, además de la compilación de saberes en el intento de crear una nueva ética relacional²².

En este sentido, se toma la libertad de pensar lo que se puede hacer para minimizar el sufrimiento moral causado por las relaciones interpersonales. A partir de los datos presentados, se infiere que es posible reducir el sufrimiento de estos profesionales mediante la deconstrucción del modelo de relación interprofesional y la construcción de un nuevo modelo, más coherente y centrado en el trabajo en equipo. Para ello, se hace necesaria una elaboración conjunta de nuevos parámetros para las relaciones, basados en valores colectivos que estimulen la cooperación y la creación de vínculos.

En un trabajo titulado “Redes en salud”, Mario Rovere²⁸ propone la conformación de redes profesionales mediante el fortalecimiento del vínculo entre sujetos como una forma de superar tales dilemas en el ambiente profesional. Los vínculos entre profesionales deben ser fortalecidos de manera tal de crear una relación de interdependencia, generando sentimientos de pertenencia y fortaleciendo la identificación con el grupo de trabajo. Se describen cinco niveles para la construcción de redes: 1) reconocimiento, 2) conocimiento, 3) colaboración, 4) cooperación y 5) asociación. Para cada nivel, se vinculan acciones y valores²⁸.

El primer nivel, es decir, el reconocimiento, expresaría la aceptación del otro: *el primer punto para comenzar a construir es reconocer que el otro existe o, más precisamente, que el otro tiene derecho a existir*²⁹. En la relación cotidiana, significa reconocer que el otro puede decir algo importante para mejorar la calidad del servicio, significa tomarlo como sujeto y tener en cuenta lo que dice²⁸. El segundo nivel es el del conocimiento, cuando el otro es reconocido como par, cuando expresa interés y su opinión se torna importante. En el tercer nivel, a

partir del interés y del conocimiento, comienzan a tener lugar episodios de colaboración, que consisten en una ayuda mutua y espontánea. Aquí comienzan a estructurarse los vínculos de reciprocidad²⁸.

El cuarto nivel se constata cuando existen algunas formas sistemáticas de cooperación. Aquí se encuentra un proceso más complejo, porque presupone la existencia de un problema en común, habiendo, por lo tanto, una problematización compartida, además de una forma más sistemática y estable de operación conjunta, esto es, el compartir solidario de las actividades²⁸. En el quinto nivel, en el cual hay una efectiva asociación, esta actividad de torna una especie de contrato subliminar o un acuerdo tácito, basado en compartir recursos y en el cual la confianza es un valor fundamental²⁸.

Se entiende que, para que la humanización en las UCIP tenga lugar de forma completa y adecuada, es fundamental la atención al cuidado de los profesionales que trabajan en las unidades. El ambiente de trabajo tiene una influencia directa en el bienestar de pacientes, familiares y equipos multiprofesionales. Las estrategias que permitan un mayor contacto e interacción y mejoren la dinámica de la unidad pediátrica pueden ser premisas básicas para el cuidado humanizado. De este principio se desprende que es posible humanizar la UCIP partiendo de la humanización de los profesionales. Igualmente, se supone que la humanización de la atención difícilmente será posible sin que el profesional sea íntegro consigo mismo.

El encuentro con pacientes/familiares no es neutro, dado que el profesional carga consigo sus propios valores y actitudes, es decir, su modo de ser. Por esto, cuidar de quien cuida es esencial²³. En un artículo publicado en la *Revista Bioética* en el año 2006, Gauer y colaboradores³⁰ relatan las dificultades de los trabajadores de la salud en el cuidado consigo mismos y proponen estrategias para mejorar tal cuidado, como talleres psicopedagógicos crítico-reflexivos, psicoterapias, terapias de grupo y ejercicios laborales.

Otros factores citados por los entrevistados y que pudieron relacionarse con el sufrimiento moral fueron la dificultad de lidiar con la muerte y el hecho de tener que tomar decisiones difíciles bajo la presión y el cansancio físico: *“Duele mucho (...), es difícil llevar eso, esa parte duele más, lastima, no saber a veces si va a vivir o morir”* (Q16). Al preguntárseles si comparten esas emociones negativas, principalmente referidas a la muerte, la mayoría de los entrevistados informa que conversa con la propia familia o con colegas que están en la UCI en el momento, como se puede percibir en la siguiente frase: *“terminamos siempre compartiendo con los colegas de trabajo, incluso porque todos acaban*

sufriendo también, y quieras o no, llegas a casa y terminas compartiendo con la familia” (Q15).

El hecho de que el profesional comparta su sufrimiento con la familia tiene relación con las definiciones de sufrimiento moral anteriormente presentadas. Por otro lado, el poder compartir ese sufrimiento con sus colegas de trabajo, que también están sufriendo, demuestra que tal vez ya hay cierta “red de solidaridad” entre el equipo de trabajo. A lo expuesto se suma el agotamiento físico:

“Lidiamos mucho con el cansancio (...) creo que el problema de la UCI es el cansancio (...) yo estoy de guardia ahora a la noche y trabajé todo el día (...) ahí uno se despierta a las siete de la mañana y a las tres de la mañana todavía no durmió, no comió (...) mañana a la mañana va a trabajar el día entero (...), hay que tomar decisiones súper cansado, hay que almorzar rápido y salir corriendo, no se puede descansar” (Q14).

Aquí surgen importantes interrogantes: 1) ¿de qué modo el trabajador puede ejercer su autonomía y deliberar de acuerdo con los valores elegidos en un estado de agotamiento físico?; 2) ¿qué libertad de elección puede tener alguien sometido a una carga de trabajo tan física y emocionalmente extenuante? La dificultad para lidiar con cuestiones morales también puede estar relacionada con la sobrecarga de trabajo o la falta de condiciones materiales para la realización de la función, puesto que el exceso de trabajo no siempre permite que el profesional opte por la solución más adecuada para el caso³¹. Se observa, entonces, un efecto cascada: la falta de recursos lleva al profesional al sufrimiento moral, las rutinas conducen a la mecanización del trabajo que, sumado a los empleos múltiples, propicia la despersonalización, que también lo llevará al sufrimiento. Del mismo modo, la muerte en la UCIP conduce al profesional al sufrimiento dado que, generalmente, no existe una formación para lidiar con la finitud de la vida. Además de eso, la asociación de la muerte a la falta de recursos y de humanización puede potenciar marcadamente ese sufrimiento.

El trabajo ocupa un papel central en nuestra sociedad. Es una de las principales formas de identificación, al igual que el género y la edad. Es también un medio de sustento personal y familiar, debiendo ser una fuente de satisfacción. No obstante, el proceso de trabajo, en el complejo contexto salud-enfermedad, es un espacio con un alto potencial de generar sufrimiento. Según los datos de la Organización Internacional del Trabajo, 160 millones de personas en todo el mundo sufrirán de males asociados al trabajo, siendo que los trabajadores

de la salud están entre los más afectados³². En este *locus*, el profesional se ve muchas veces sometido a deliberaciones que contrarían el ejercicio ético y la realización de los valores, pudiendo sobrevenir el sufrimiento moral.

Consideraciones finales

En la perspectiva de este estudio, el sufrimiento moral fue presentado como aquel generado por la incapacidad de actuar en el trabajo, con la libertad necesaria para hacer elecciones autónomas, y puede estar asociado a conflictos éticos. Las limitaciones/condiciones impuestas pueden tener las más diversas causas y ser de diferentes esferas, causando en los trabajadores daños emocionales que podrán ser percibidos en su vida personal, sus relaciones, en la productividad en el trabajo e incluso en su salud. Los datos revelaron que el sufrimiento moral, producido en el contexto estudiado, está vinculado con la limitación del acceso a los recursos tecnológicos y a dificultades para desarrollar e integrar un proceso de trabajo humanizado en salud.

La carencia de recursos estructurales fue señalada como generadora de conflictos éticos y de sufrimiento moral. La conciencia de que existen recursos tecnológicos, tan importantes para el trabajo eficaz en las UCIP, y la constatación de la falta de esos recursos se presentaron como elementos reductores de la autonomía del profesional para decidir el mejor curso de acción. Esta realidad fortalece la potencia de la vulnerabilidad a la que los sujetos, trabajadores y pacientes están sometidos, ya que la carencia de recursos los expone a una mayor susceptibilidad al daño.

En la dimensión interpersonal, los datos señalaron fallas en el proceso de humanización en la UCI como una fuente generadora de sufrimiento

moral: “*nosotros estamos quedándonos atrás en esa cuestión de la humanización*” (Q14). Las rutinas y el exceso de trabajo fueron también indicados como limitantes de la humanización. De acuerdo con los relatos, de la misma manera que las rutinas, el estrés físico puede limitar la libertad y, consecuentemente, la autonomía. El factor principal relacionado con ese agotamiento fue el hecho de que muchos profesionales tuvieran múltiples empleos. El estudio señaló algunas medidas para ponderar el exceso de racionalización marcado por los datos.

El sufrimiento moral que adviene de conflictos éticos generados en el proceso de trabajo de esta UCIP puede ser minimizado a partir de la inserción de los siguientes medios de acción: 1) voluntad colectiva para requerir políticas públicas éticamente comprometidas, tendiendo a condiciones estructurales de trabajo dignas³³; 2) reconocimiento de la dimensión ética como una herramienta vital del proceso de trabajo humanizado, a partir del fortalecimiento de las relaciones sociales y de la realización de valores solidarios, en el dominio de la libertad³⁴. Para ello, se sugiere la creación de espacios bioéticos de debate como parte integrante de la calidad ética de las relaciones³⁵; y 3) aplicación de la dimensión ética en la construcción de una red de salud, basada en la perspectiva de Rovere²⁸ (reconocimiento, conocimiento, cooperación, colaboración y asociación).

Apoyándose en sus pares, por medio de relaciones profesionales más enraizadas, el profesional podrá mejorar su interacción con los demás miembros del equipo, fortalecer la posibilidad de compartir experiencias y responsabilidades y, consecuentemente, reducir la carga potencial de sufrimiento moral.

Esta investigación no pretende agotar la temática del sufrimiento moral en profesionales de salud que trabajan en UCI Pediátricas, sino contribuir con el vasto campo que es el cuidado del cuidador, en el cual hay mucho más para investigar y discutir.

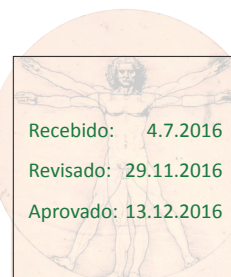
Referências

1. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Lunardi Filho WD, Silveira RS *et al.* Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(4):599-603.
2. 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.
3. Silva ABHC. O estresse na prática profissional do psicólogo em UTI: uma revisão de literatura. *Rev SBPH.* 2010;13(1):33-51.
4. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
5. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 13 jun 2013 [acesso 15 out 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1mTMIS3>
7. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública.* 1995;29(1):63-74.

8. Campos DA, Rodrigues J, Moretti-Pires RO. Pesquisa em saúde coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético. *Sau & Transf Soc.* 2012;3(4):14-24.
9. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 83-107.
10. EcuRed. Método hermenêutico dialético. [Internet]. [s. d.]. [acesso 26 abr 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2kHN1le>
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. *Rev Enferm UERJ.* 2009;17(1):35-40. p. 36.
13. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(3):681-8.
14. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Ganz FD, Decruyenaere J, Max A *et al.* Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *Jama.* 2011;306(24):2694-703.
15. Lima RCGS, Verdi MIM. Capitalismo e ontologia da bioética: o processo de trabalho de médicos de família na Itália. *Trab Educ Saúde.* 2015;13(2):323-41.
16. Berlinguer G. *Ética de la salud.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
17. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Conferencia Mundial sobre la Ciencia: Declaración sobre la Ciencia y el Uso del Saber Científico. [Internet]. Unesco: Budapeste; 1º jul 1999 [acesso 16 dez 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1TCEX8F>
18. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. [Internet]. *J Pediatr.* 2004 [acesso 5 jan 2016];80(6):437-8. Disponível: <http://bit.ly/2kgCqBs>
19. Souza DC, Troster EJ, Carvalho WB, Shin SH, Cordeiro AMG. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. *J Pediatr.* 2004;80(6):453-60.
20. Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da política nacional de humanização (PNH): a cogestão em ato. [Internet]. 2009 [acesso 25 dez 2015];13(1 Suppl):627-40. Disponível: <http://bit.ly/2kgiPAL>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Dicas em saúde: acolhimento. [Internet]. 2008 [acesso 18 dez 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2jKKmHA>
22. Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na política nacional de humanização (PNH). *Interface Comum Saude Educ.* 2009;13(1 Suppl):681-8.
23. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latinoam Enferm.* 2002;10(2):137-44. p. 138.
24. Heck J. Bioética: autopreservação, enigmas e responsabilidade. Florianópolis: UFSC; 2011. p. 75.
25. Luna F. Planteos clásicos y teoría de los principios. In: Luna F, Salles ALF, organizadores. *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina; 2008. p. 23-78.
26. Moreto G, Blasco PG. A erosão da empatia nos estudantes de medicina: um desafio educacional. In: Blasco PG, Benedetto MAC, Reginato V, organizadores. *Humanismo em medicina.* São Paulo: Sobrafma; 2015. p. 153-70.
27. Lima RCGS, Verdi MIM. Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto italiano contemporâneo. [Internet]. *Rev. bioét. (Impr.).* 2011 [acesso 14 jun 2015];19(1):141-57. Disponível: <http://bit.ly/2kgYyeX>
28. Rovere MR. *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.* Rosario: Secretaria de Salud Pública; 1999.
29. Rovere MR. *Op. cit.* p. 24.
30. Gauer GJC, Franco RS, Zogbi H, Marini PA, Diefenthaler EC, Cataldo Neto A. Estratégias dos profissionais da saúde para cuidar dos que cuidam. *Bioética.* 2006;14(2):171-80.
31. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics.* 2005;12(4):381-90.
32. Moreno EA. Implicancias bioéticas en salud mental laboral. In: Zanelli JC, Silva N, Tolfo SR, organizadores. *Processos psicossociais nas organizações e no trabalho.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011. p. 63-73.
33. Gramsci A. *Quaderni del cárcere.* 3ª ed. Torino: Einaudi; 2007.
34. Lima RCGS, Verdi MIM. A solidariedade na medicina de família no Brasil e na Itália: refletindo questões éticas e desafios contemporâneos. *Interface Comun Saude Educ.* 2009;13(29):271-83.
35. Gomes D, Ramos FRS. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. *Interface Comun Saude Educ.* 2014;18(49):289-300.

Participação das autoras

Janaína Sortica Fachini participou da concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Adriana Vilma Scrigni orientou o estudo. Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima participou da concepção e desenho da pesquisa, redação final e revisão crítica.



Anexo

Guion de entrevista Trabajadores de la UCI Pediátrica

1) Número de cuestionario: _____

- 2) Edad: () 20-30 años
() 30-40 años
() 40-50 años
() >50 años

3) Sexo: () M () F

- 4) Formación profesional:
() Médico
() Enfermero
() Fisioterapeuta
() Nutricionista
() Asistente social
() Psicólogo
() Fonoaudiólogo

5) Carrera de Grado:

Lugar: _____

- Tiempo: () <10 años
() 10-20 años
() >20 años

Especialización en terapia intensiva pediátrica:
() sí () no

Lugar y año: _____

Bloque I – Proceso de trabajo en la UCI Pediátrica

- 1) ¿Usted trabaja exclusivamente en la UCI Pediátrica?
() sí () no
- 2) ¿Cuál es su carga horaria semanal en la UCI Pediátrica?
() hasta 20 hs
() más de 20 hs
- 3) ¿Hace cuánto tiempo que usted trabaja en la UCI Pediátrica?
() < 10 años
() 10-20 años
() > 20 años
- 4) ¿Usted tiene relación con alguna sociedad de medicina intensiva/medicina intensiva pediátrica?
() sí () no

Bloque II – Concepciones de los profesionales de la UCI Pediátrica en cuanto al sufrimiento moral y los conflictos/dilemas éticos

1) ¿Qué es sufrimiento moral para usted? (En caso que no consiga esgrimir un concepto, se solicita representar el sufrimiento moral en dos palabras: ¿podría decirme dos palabras que le vienen a la mente cuando piensa en definir sufrimiento moral?)

2) En su trabajo en la UCI Pediátrica, ¿usted consigue siempre desempeñar sus funciones como le gustaría o a veces encuentra algún tipo de barrera?

3) ¿Qué tipo de sentimientos se generan en usted cuando no consigue actuar como le gustaría en el trabajo en la UCI Pediátrica?

4) Pensando en sus relaciones de trabajo (con colegas, jefe(s), pacientes y familiares), ¿usted recuerda alguna situación personal y/o clínica que le haya generado sufrimiento moral?

5) (En caso de confirmación de la anterior) ¿usted compartió ese sufrimiento moral con algún(a) colega, amigo(a) o familiar?

6) En las decisiones cotidianas, ¿usted consigue compartir sus decisiones con colegas o normalmente tiene que decidir en soledad?

7) ¿Qué valores considera fundamentales para ejecutar un buen proceso de trabajo en la UCI Pediátrica?

8) Si usted pudiese modificar alguna cosa en su ambiente de trabajo, ¿qué cambios haría?

9) Actualmente, la cuestión de la humanización en el trabajo en salud ha sido muy debatida. En su visión, ¿es necesario incorporar ese asunto en el proceso de trabajo? ¿Por qué?

10) ¿Por qué usted eligió, entre todas las áreas de la salud, la medicina intensiva pediátrica?

11) ¿El ejercicio de la medicina intensiva pediátrica genera efectos en su vida personal?

Bloque III – Problematizaciones

1) Al llegar al trabajo, usted se entera de que una técnica de enfermería había sido regañada porque había cambiado la medicación al inicio de su guardia. Afortunadamente, el cambio no significó un efecto importante para el paciente. Ella se desahoga con usted, diciendo que reconocía su falla, que no tenía cómo justificarse, pero que estaba angustiada por el modo en que fue tratada y por el hecho de haber trabajado con un equipo reducido, puesto que un colega había faltado. ¿Cómo se posiciona usted ante este hecho? ¿Qué sentimientos despierta en usted la charla? ¿De qué modo eso interfiere en su trabajo?

2) Un niño de 1 año está internado en la UCI Pediátrica en estado grave desde la semana pasada. En el transcurso de la semana, los familiares comienzan a hacer solicitudes constantes hacia usted, que respondió a todas las preguntas. Mientras que piensa que atendió a las preguntas de manera amable y que ellos entendieron la situación clínica del niño, usted se entera de que los familiares estaban haciendo las mismas preguntas a los demás colegas y confrontando las respuestas. El día en que usted toma conocimiento de eso, ellos nuevamente se dirigen a usted y le preguntan todo nuevamente. ¿Cómo usted se siente frente a este caso? ¿Cuál es su actitud? ¿Qué sentimientos le genera esto? ¿Cómo interfiere esta situación en su trabajo?