

# Dilema Ético e *Moral Distress*

## *Ethical Dilemma and Moral Distress*

João Pina<sup>1\*</sup>

### Afiliação

<sup>1</sup> Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente, Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, Angra do Heroísmo, Portugal.

### Palavras-chave

Atitude do Pessoal de Saúde; Esgotamento Profissional; Ética Clínica; Ética Médica; Moral; Obrigações Morais; Questões Bioéticas

### Keywords

Attitude of Health Personnel; Bioethical Issues; Burnout, Professional; Ethics, Clinical; Ethics, Medical; Moral Obligations; Morals

## RESUMO

O autor procura discutir a utilização e o significado do termo *moral distress* tendo em atenção as circunstâncias em que é usado e a sua importância no processo de deliberação ética na prática clínica. De acordo com a literatura e com os conceitos da bioética conclui que, do seu ponto de vista, não existe lugar ao *moral distress* enquanto emoção ou fenómeno que surge após a deliberação e a decisão clínica sendo, no entanto aceitável que surja como parte inevitável durante a discussão do dilema ético. Assim sendo, e na sua opinião, não é o *moral distress* que pode ser responsabilizado pela fadiga da compaixão ou pelo *moral residue*.

## ABSTRACT

The author seeks to discuss the use and the meaning of the term *moral distress* considering the circumstances in which it is applied and its importance in the process of ethical deliberation in clinical practice. According to the literature and within the concepts of bioethics, the author concludes that, from his point of view, there is no place for *moral distress* as an emotion or phenomenon that arises after the deliberation and the clinical decision, however it is acceptable that *moral distress* appears as an inevitable and normal emotion during the discussion of the ethical dilemma. Thus, in his opinion, it is not the *moral distress* that can be blamed for the compassion fatigue or *moral residue*.

## INTRODUÇÃO

O termo “*moral distress*” (MD) foi cunhado e primeiro usado por Andrew Jameton<sup>1</sup> em 1984, enfermeiro e filósofo, e ficou definido como uma experiência negativa “*Quando alguém sabe o que deve fazer, mas constrangimentos institucionais o impedem de concretizar a acção*”. O aspecto principal do MD que o distingue de outros constructos como *emotional distress*, *burnout* ou *post-traumatic stress*, é a percepção da violação e ruptura da sua integridade e obrigações profissionais assim como o sentimento concomitante de ser impedido de tomar a atitude eticamente apropriada.

## O CONCEITO

Originalmente estudado em enfermeiros, só recentemente recebeu atenção entre outros profissionais de saúde como médicos,<sup>2</sup> farmacologistas,<sup>3</sup> estudantes de Medicina<sup>4</sup> e psicólogos.<sup>5</sup>

Numa revisão publicada em 2017, Lamiani *et al*<sup>6</sup> na análise bibliométrica das 239 publicações selecionadas que abordavam o MD constataram que a primeira publicação surge em 1987 e 52% das publicações (n=125) surgem entre 2011 e 2013. Esta é a primeira revisão sistemática de estudos empíricos sobre MD e outros constructos em profissionais de saúde. Outro aspecto interessante é que cerca de 70% das publicações eram provenientes dos EUA (n=117). A maioria reportava-se a cuidados intensivos, anestesiologia e emergência (n=65; 35%), o grupo profissional mais estudado foi o da enfermagem (n=141; 69%) e apenas 8 estudos contemplaram médicos (4%). Das 239 publicações obtidas para análise bibliométrica foram excluídas, por falta de requisitos, 221 e ainda uma por critérios de qualidade. Nas 17 publicações que restaram para a análise sistemática ficou apenas uma referente a médicos.<sup>7</sup> Nas conclusões, verificaram os autores, que entre as enfermeiras o MD estava associado a um ambiente eticamente pobre, à falta de colaboração médico-enfermeira, a sintomas de *burnout*, à intenção de se despedir e à falta de satisfação laboral. A

Autor Correspondente/Corresponding Author:

João Pina

Morada: Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Rua Diogo Botelho, 1327, 4169-005 Porto, Portugal.

E-mail: pina.jp@gmail.com

falta de recursos e o baixo nível de autonomia profissional foram identificados como preditores de MD. Os autores concluem que o grande número de publicações sobre MD em enfermeiros e a prevalência nesta classe profissional pode dever-se em grande parte à sua proximidade com o doente e às frequentes decisões de fim de vida nessa população. Curiosamente a carga de trabalho não parece ter correlação nem ser preditor de MD em enfermeiros e médicos.

Segundo alguns autores, a exposição prolongada a eventos que causem MD resulta no *moral residue* que se instala no *self* de cada um e tem efeitos destruidores, no próprio e na sua carreira profissional, sobretudo quando se torna recorrente e atinge a integridade moral, ou seja, o sentido de plenitude e auto-estima que se afirma nos valores morais e é congruente com a percepção e as acções do próprio.

Associado ao surgimento do MD encontramos frequentemente decisões sobre:

- Manutenção de suporte vital em doentes sem viabilidade
- Iniciar suporte avançado de vida (SAV) quando apenas se espera prolongar o processo de morte
- Uso inadequado de recursos
- Equipa profissional desadequada ou não treinada
- Falhas de comunicação com a família sobretudo acerca de decisões de fim de vida
- Acatar os desejos e vontades da família com receio de litigância jurídica
- Dor e desconforto frequentes nos doentes
- Criar falsas expectativas e esperança nos familiares

Uma das consequências mais temidas é a fadiga da compaixão. A palavra compaixão resulta da junção de com, do latim *cum*, partilhar + paixão do latim *passus*, participio passado do verbo *patior* (sofrer), a mesma raiz do substantivo paciente, o que sofre. Portanto, médico compassivo é aquele que compreende e integra o sofrimento do seu doente. Fadiga da compaixão, também conhecida como *stress* traumático secundário, é uma condição caracterizada por uma perda gradual da compaixão ao longo do tempo. Este problema é mais frequente nos profissionais que trabalham com vítimas de acidentes, trauma ou doença prolongada, especialmente em instituições de saúde.

Para os antigos filósofos gregos e romanos a compaixão não era um sentimento de confiança, não era admirável e não era desejável. Era apenas um efeito, e ocorria mais nos fracos. Era considerada um vício, mais parecido com “ter pena” por oposição à misericórdia. Misericórdia nasce da empatia activa que se deve aos dignos enquanto a compaixão estaria reservada implicitamente aos miseráveis, sem mérito.

Na realidade a compaixão é um dos maiores atributos do médico. É a garantia que compreende e sente, de alguma forma, o doente que tem diante de si. A vontade de ser útil e ajudar não significa que haja compaixão, mas a compaixão

garante os deveres centrais do médico como sejam a responsabilidade de colocar os interesses do doente em primeiro lugar incluindo o não fazer mal, prestar cuidados apropriados e proporcionais e manter a confidencialidade. É qualitativamente diferente de filantropia. Enquanto na filantropia existe uma certa “asepsia relacional”, o médico compassivo compreende o efeito da doença e do sofrimento e “está” com o doente, muda a sua vida por ele. A compaixão aproxima os doentes e os seus cuidadores sendo que esta relação é a prova de que a compaixão é uma emoção social e por isso ensina-se e aprende-se. Resta saber se se consegue cultivar, pois torna-se vinculativa e central na vida do médico assumindo um papel transformador profundo.

## O SER HUMANO E A AGÊNCIA HUMANA

Se a cabeça duma pessoa se moveu, poderá ter sido a pessoa ou não a mexer a cabeça, e se ela mexeu a cabeça pode ter sido activamente ou como consequência passiva de fazer outra coisa, e se essa pessoa mexeu a cabeça activamente poderá tê-lo feito intencionalmente ou não, e se o fez intencionalmente pode tê-lo feito como um fim em si mesmo ou como meio de atingir outro fim. Esta série de contrastes mostra como a acção é um processo muito elaborado e complexo.

O ser humano realiza-se através da acção que resulta do exercício de agência ou capacidade de agir e, através da acção, mudar o ambiente que o rodeia. O processo de acção na Ética, pode ser definido como algo que um agente, ser humano, faz de forma intencional e voluntária. Os elementos que a constituem são:

- A Razão, induz o agente a agir de acordo com o conceito de obrigação moral
- A Vontade, atitude ou disposição para querer algo
- A Intenção, propósito de fazer algo
- A Deliberação, ponderação sobre os motivos, objectivos e factores da acção
- O Consentimento, quando a vontade concede anuência ao meio para atingir o fim
- A Decisão, manifestação da escolha ou opção
- A Execução, concretização da decisão ou realização da opção
- A Ordenação, sequência e encadeamento de passos destinados a completar a execução
- O Fim, a Razão pela qual a acção foi feita e levou o agente a agir

No caso do ser humano os traços específicos da acção incluem:

- Consciência da acção
- Intenção de realizar a acção
- Voluntariedade para a acção

A Acção é a expressão visível, concreta, da Liberdade do ser humano, a forma através da qual ele demonstra a sua Dignidade. Para a corrente Determinista, os factores condicionantes da acção humana como sejam fisiológicos, ambientais, históricos ou culturais, suportam a ilusão da Liberdade, pelo facto que as acções ocorrem por um encadeamento de acontecimentos e não por vontade ou intenção humanas. Portanto, para os Deterministas, o que acontece, acontece porque só podia acontecer. O MD não faz sentido para esta corrente, pelo menos na forma como Andrew Jameton o apresenta.

A acção frustrada ou inacabada, consequência do processo incompleto do agir e fruto do impedimento para concretizar a deliberação ética, na prática médica, conduz à sensação de perda de agência que, argumentativamente, é profissional, mas resulta sempre num distúrbio pessoal. Na verdade, embora com o MD se possa falar de violação da integridade profissional a verdade é que a pessoa é um conjunto de valores que resulta, se quisermos, de um constructo moral, no sentido em que este permite relacionar conceitos de moral com a realidade. Assim, as hipóteses, as leis, as teorias e os modelos explicativos são todos constructos mentais.

Com Kant a pessoa tornou-se uma categoria moral, não é possível discriminar entre lesão de valores morais profissionais e lesão de valores morais pessoais. A divisão será sempre artificial. A sensação de perda de agência é transversal se o imperativo ético não resultar numa acção, o resultado visível do agir. Esta dificuldade é agravada, e muito, pelo facto da profissão, médico ou enfermeiro, estar relacionada com a saúde, não em abstracto, mas daquela pessoa, vulnerável, que se apresenta à nossa frente, sujeito de direitos, mas também objecto de dever que existe como fim em si mesma. O princípio do respeito absoluto da pessoa exprime-se muito bem com Kant quando na sua obra “Fundamentação da metafísica dos costumes”, diz: “*Age de tal forma com a humanidade para que a trates, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre como fim, nunca simplesmente como um meio*”.

Este reconhecimento universal do mesmo valor, valor máximo e absoluto, e da mesma dignidade para todos os seres humanos, coloca muito alto a fasquia da deliberação ética e faz avultar qualquer pequena divergência como podendo estar a pôr em causa o melhor interesse da pessoa.

## DILEMAS ÉTICOS E PROCESSO DE DELIBERAÇÃO

Um dilema ético é representado pelo conflito entre dois valores morais em que a escolha da acção baseada num deles impede a escolha da acção baseada no outro. Há correntes que negam a existência de verdadeiros dilemas morais. No entanto, quer entre os apoiantes quer entre os oponentes reconhecem-se diferentes tipos de dilemas, sejam verdadeiros

dilemas ou não.

Uma das distinções é entre conflitos *epistémicos* e conflitos *ontológicos*. O primeiro envolve um conflito entre dois ou mais requisitos morais e o agente não sabe qual dos requisitos morais tem precedência sobre o outro na situação em causa. Por isso tem um dilema. No segundo caso o conflito envolve também dois ou mais requisitos, mas nenhum dos requisitos se sobrepõem ao confrontante. Têm o mesmo peso moral. Os dilemas genuínos, se concordarmos que existem, são todos ontológicos.

Outra distinção possível é entre dilemas *auto-impostos* e dilemas impostos ao agente pela *sociedade*. Os primeiros surgem por livre vontade do agente, por exemplo, assumir dois compromissos que ocorrem em locais diferentes à mesma hora. Exemplo do segundo é a *Sophie's choice*,<sup>8</sup> ter que escolher entre 2 filhos inocentes qual deve ser morto. Se não escolher nenhum, os dois serão mortos. Ou o estudante de Sartre que tem de escolher entre ser o conforto da mãe ou ir lutar contra o Fascismo e correr o risco de morrer deixando a mãe sem o seu único amparo.<sup>9</sup>

Existe ainda uma distinção entre dilemas de *obrigação* e dilemas de *proibição*. O caso do estudante de Sartre é um dilema de obrigação, ir à guerra ou cuidar da mãe, o caso de *Sophie's choice* é um dilema de proibição: não matar!

Os dilemas podem envolver apenas um agente ou então, envolver vários. Neste último caso chama-se “conflitos morais interpessoais” e são tanto mais preocupantes quanto mais próximas são as teorias morais dos agentes envolvidos.

Um dilema moral, para ser genuíno, tem de ter valores morais em que nenhum princípio se sobrepõe ao outro.

## DISCUSSÃO

Na realidade importa desde logo distinguir entre dilema ético, ou conflito moral, mais exactamente, e MD.

De acordo com Fourie,<sup>10</sup> esta distinção é artificial sendo que MD deve ser entendido como uma resposta psicológica a situações eticamente difíceis quando existem constrangimentos ou conflitos morais. Segundo Fourie, o MD seria parte da deliberação ética. Ora, não é isso que se verifica no conceito originalmente apresentado por Andrew Jameton. Segundo este autor a decisão já foi tomada, mas a execução é difícil ou apresenta sérios constrangimentos. Não é no processo de deliberação, mas na decisão ou na concretização da acção. Por exemplo, impedimento por superior hierárquico de suspender suporte vital numa situação terminal. Por exemplo, não iniciar um tratamento muito dispendioso numa situação de aparente benefício para o doente, mas numa instituição em que os travões burocráticos servem a redução do consumo.

Alguns autores usam o conceito de *moral residue* para demonstrar o MD.<sup>11</sup> Na verdade, o *moral residue* é consequência da emoção moral que deriva da deliberação e

do processo do agir. Contempla o arrependimento, o remorso e a culpa e apresenta, pelo menos dois componentes: um *experencial*, nomeadamente, o sentimento negativo que assalta o agente pela decisão ou pela acção tomadas; e um *cognitivo*, nomeadamente, a convicção de que o agente faz algo de errado e assumiu a responsabilidade por essa acção. Embora se possa fazer a distinção entre arrependimento e remorso a verdade é que isso não é relevante neste contexto. O *moral residue* é propriedade de quem participa na deliberação e se dispõe a aceitar a decisão. Quem não entende ou não participa de forma reflexiva no processo de deliberação não pode experimentar o *moral residue*. Poderá experimentar o *emotional stress*, mas não o *moral distress*.

MD também não pode ser confundido com uma ética de mínimos, onde os compromissos passam a surgir como uma necessidade e a deliberação torna-se objecto de processo negocial. Ética de mínimos não é MD. Ética de mínimos ou teoria do mínimo ético é uma teoria instituída pelo filósofo britânico Jeremy Bentham e desenvolvida pelo filósofo alemão Georg Jellinek, que foi quem criou a expressão. A teoria afirma que o Direito seria um conjunto mínimo de regras morais obrigatórias para a sobrevivência da moral e, consequentemente, da sociedade. O Direito, enquanto processo normativo socialmente instituído, apenas actua como instrumento para o cumprimento destes preceitos morais básicos. Nesta teoria, parte-se fundamentalmente de que nem todos os indivíduos estão dispostos a aceitar todos os preceitos morais básicos à estabilidade social. Portanto, o Direito seria como uma ferramenta que teria como função garantir o cumprimento deste mínimo ético necessário, por parte dos indivíduos, para a sobrevivência da sociedade.

Assim, usar a interpretação do Direito, ou praticar a chamada “medicina defensiva”, para tomar decisões sobre a estratégia a adoptar num caso clínico ou na orientação dum programa institucional dedicado à saúde, é quase garantia de insucesso na abordagem ética. O consentimento informado, prestando-se a ser apresentado de forma complexa, incompreensível e manipuladora, é um exemplo clássico de como se pode usar o Direito e a Norma para violar a Ética. Como dizia, e não quero esquecer, o saudoso Prof. António Barbosa de Melo: “A Ética precede o Direito!”

Assim, e figurativamente, o Direito estaria contido dentro da moral embora não a represente integralmente. Por sua vez a Ética de mínimos estaria contida no Direito, ou seja, respeita o Direito, mas não constitui norma. Tanto o Direito como a Ética de mínimos roçam os limites da Ética e exigem constantemente a nossa atenção e espírito crítico.

Dito de outra forma, na ética de mínimos a deliberação submete-se à prevenção do conflito iminente que decorre da não aceitação por todas as partes de algumas condicionantes ou requisitos e de outros tantos constrangimentos.

É sabido que a Bioética tem colocado muito ênfase no dilema

ético e tem prestado escassa atenção ao MD. O dilema ético refere-se à escolha necessária e às respectivas justificações morais quando existem cursos de acção alternativas, sejam elas clínicas, legais ou espirituais, enquanto o MD, de acordo com Jameton, começa depois da deliberação.

Para tornar esta assunção um pouco mais clara, podemos recorrer ao primeiro princípio da lógica deontica. Diz este princípio que se um agente é solicitado para uma acção é porque pode realizá-la. Isto é “dever” implica “poder”. Neste sentido quem tem o poder da acção é quem tem o dever da decisão. Inversamente, se não tem o poder não tem o dever. Neste caso é suposto usar qualquer mecanismo de racionalização ou sublimação para manter o equilíbrio psicológico ou evitar o *emotional distress*, quando enfrenta a decisão ou acção.

Convém salientar, também, que MD é qualitativamente diferente do *emotional stress*. Este é mais frequente em ambientes de trabalho mais tensos, com menor maturidade ética e científica, mas não apresenta a componente moral muito embora esta componente possa ser usada como argumento no desenrolar do conflito.

Um dos recursos mais procurados para preservar a agência fora da deliberação ética é o refúgio na indignação moral. MD não é aquilo a que se poderia chamar “*moral refuge*”. Num processo de deliberação ética, refugiar-se num desacordo moral para não ser conivente com uma deliberação polémica ou, pelo menos, difícil, é cómodo, mas põe em causa a integridade profissional do prestador de cuidados. O “*moral refuge*” gera instabilidade laboral e agrava conflitos latentes entre os profissionais e com os familiares. A discussão aberta e genuína, informada e responsável, em equipa inter-disciplinar e a abordagem colegial num plano de compromisso, verdade e humildade dará, com certeza, os elementos necessários para que quem deve decidir, possa decidir em consonância com os valores e princípios da cultura vigente.

Finalmente, somos confrontados, por vezes, e tal como o estudante de Sartre, com a incapacidade de fazer uma escolha e, sobretudo, com a incapacidade de deliberar face aos requisitos morais em jogo. Muito à maneira do existencialismo de Sartre, mas imprestável na prática clínica. A grande revelação de Sartre, e reconhecê-lo é fundamental, é que não existe um livro mágico ou uma fórmula miraculosa que nos diga qual a acção a tomar, depois da qual, não sentiríamos remorso, culpa ou arrependimento. Como diz o próprio Sartre, “*O Homem está condenado a ser livre*”; o que é o mesmo que dizer “O Homem é escravo da Liberdade”; mas não decidir, não agir, é prescindir de agência e, portanto, do exercício da Liberdade. É o paradoxo, da Responsabilidade pela dispensa da Liberdade. Como tal põe em causa a sua própria Dignidade que está subjacente ao direito e à obrigação do Agir. As consequências dessa indecisão podem ser piores do que as opções sob escrutínio. No caso de *Sophie’s choice*,

morreriam as 2 crianças. Não abdicar da Liberdade, exercer e educar o processo de deliberação, congregando as vontades e as competências da equipa, estar atento e ser criativo são elementos importantes na preservação da ética na prática clínica dado que a maioria dos ditos dilemas são de natureza epistémica, aquela em que o peso dos requisitos morais não foi devidamente averiguado nem discutido e, nos quais, muito provavelmente um requisito moral terá precedência sobre o outro. Finalmente, ir além da ética principialista, pode criar mais espaço de discussão e permitir um processo de deliberação mais livre e menos normativo, portanto, que melhor sirva o caso real e a decisão clínica.

## CONCLUSÃO

Para muitos a actividade da Bioética ainda é encarada mais como um exercício retórico do que como a construção gramatical que deve estar presente na prática médica. O dilema ético genuíno, a existir, é raro, mas permite elevar o processo de deliberação e conduzir a decisões consequentes. Este processo de deliberação incluirá todas as circunstâncias conhecidas e constrangimentos reais ou potenciais que constroem o dilema. Relativos ao doente, à família, aos profissionais ou à instituição e ao momento. Nada fica para depois! Nenhum dos profissionais com qualificação, formal ou informal, para participar no processo de deliberação deve ser dispensado. O MD não deve ser argumento para uma participação deliberativa inconsequente e desresponsabilizante a acenar no pós-decisão. Deve antes ser um dos elementos que a existir, como será de esperar num dilema genuíno, será reconhecido e resolvido no processo de deliberação ética como defende Fourie.

O MD será, portanto, e ao contrário do que defende Jameton, uma presença constante nas discussões clínicas e nas decisões estratégicas não apenas no plano individual para cada doente, mas também no plano estratégico e institucional.

Para isso é necessário que as entidades e instituições com recursos na Bioética estejam prontas para ajudar, e outras, estejam prontas para receber ajuda.

Como refere o filósofo francês Teilhard de Chardin<sup>12</sup> baseado na sua obra e teoria sobre o Ponto Omega "*Remain true to yourself, but move ever upward toward greater consciousness and greater love! At the summit you will find yourselves united with all those who, from every direction, have made the same ascent. For everything that rises must converge.*"

### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

**Suporte Financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

**Proveniência e revisão por pares:** Não comissionado; revisão externa por pares.

### Ethical Disclosures

**Conflicts of Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financing support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

**Provenance and peer review:** Not commissioned; externally peer reviewed.

Submissão: 03 de junho, 2019 | Aceitação: 04 de junho, 2019  
Received: 3rd of June, 2019 | Accepted: 4th of June, 2019

## REFERÊNCIAS

1. Jameton A. Nursing Practice: The Ethical Issue. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1984.
2. Førde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. J Med Ethics. 2008;34:521-5. doi: 10.1136/jme.2007.021246.
3. Sporrang SK, Höglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. Nurs Ethics. 2006;13:416-27.
4. Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O'Gorman ML, et al. Medical students' experiences of moral distress: development of a web-based survey. Acad Med. 2010;85:111-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181c4782b
5. Ethics Austin W, Rankel M, Kagan L, Bergum V, Lerner G. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: moral distress as experienced by psychologists. Ethics Behav. 2005;15:197-212.
6. 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;22:51-67. doi: 10.1177/1359105315595120.
7. 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;35:422-9.
8. Styron W. Sophie's Choice. New York: Random House; 1979.
9. Sartre JP. Existentialism and human emotions. Kensington: Kensington Publishing Corporation; 2000.
10. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. Bioethics. 2015;29:91-7. doi: 10.1111/bioe.12064.
11. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. J Clin Ethics. 2009;20:330-42.
12. Teilhard de Chardin P. The Phenomenon of Man. London: Harper Collins Publishers; 1976.