

Posicionamento de médicos residentes frente a dilemas éticos com pacientes pediátricos

Attitudes of residents concerning ethical dilemmas with pediatric patients

MARIA LUIZA CHIAPIN*
RENATO T. STEIN**
JOSÉ R. GOLDIM***
PAULO R. A CARVALHO****

RESUMO

Objetivo: Avaliar as atitudes dos residentes frente aos dilemas éticos através de questionários que descrevem situações clínicas aplicadas com um ano de diferença.

Métodos: É um estudo de coorte de 85 médicos residentes que responderam um questionário com três casos clínicos pediátricos, modificados de um estudo validado anteriormente. Os casos clínicos propostos foram propostos em dois períodos diferentes, com um ano de intervalo, contemplando os princípios da justiça, beneficência e autonomia. Nenhuma outra intervenção educacional foi feita durante este período.

Resultados: Oitenta e cinco residentes responderam ao estudo (47 residentes pediátricos e 38 não-pediátricos), de um total de 106. A concordância entre os dois períodos do estudo (2002 vs 2003) frente a apresentação dos casos contemplando os princípios da justiça, beneficência e autonomia foi respectivamente Kappa (IC95%) = 0,20 e 0,10, mostrando que as atitudes éticas mudaram significativamente depois de um ano de programa de residência. A exceção foi em relação ao princípio da justiça, entre homens com moderado grau de concordância (K = 0,42).

ABSTRACT

Objective: To evaluate the attitudes of residents concerning ethical dilemmas through questionnaires describing pediatric clinical situations applied one year apart.

Methods: A cohort of 85 medical residents answered to a questionnaire with three pediatric clinical cases modified from a previously validated survey. The clinical cases proposed to the residents in two different periods, one year apart, contemplated the principles of justice, beneficence and autonomy. No other educational interventions were done during this time.

Measurements and main results: Eighty five residents answered to the survey (47 pediatric and 38 non-pediatric residents) from a total of 106. The inter-rater agreement between the two survey periods (2002 vs 2003) to the presented clinical cases contemplating the principles of justice, beneficence and autonomy was respectively Kappa (IC95%) = 0,20; 0,21 e 0,10, showing that ethical attitudes changed significantly after an one year internship program. The exception was regarding the principle of justice, among males with a moderate inter-rater agreement (K = 0,42).

Conclusions: After a 12 months internship program there was change in attitudes of medical residents toward

* Mestre em Pediatria. Av. Ipiranga 6690/715 - Fone: 3336-3533.

** Professor do Departamento de Pediatria da PUCRS. Doutor em Pneumologia (UFRGS).

*** Professor do Departamento de Pediatria da PUCRS. Doutor em Medicina (UFRGS).

**** Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Conclusão: Depois de um ano de programa de residência médica houve modificação na atitudes dos médicos residentes em relação aos dilemas éticos de pacientes pediátricos, independente de qualquer treinamento específico ou discussão formal de aspectos da bioética. Uma concordância moderada foi detectada entre os homens e a questões relativas ao princípio da justiça. Houve também uma associação positiva entre a tendência de endereçar critérios de necessidade relacionadas ao princípio da justiça e o sexo feminino, na área pediátrica. É importante que medidas bioéticas educativas sejam implementadas durante a residência em pediatria.

UNITERMOS: ÉTICA CLÍNICA; CORPO CLÍNICO HOSPITALAR/ética; INTERNATO E RESIDÊNCIA/ética; PEDIATRIA; CRIANÇA.

ethical dilemmas among pediatric patients, independent of any specific training or formal discussions on bioethical issues. A moderate inter-rater agreement was detected between male gender and the question relating to the principle of justice. There was also a positive association between the tendency to address the criterion of necessity related to the principle of justice and feminine gender, in the Pediatric area. It is important that educative Bioethical measures are implemented during the residency in Pediatrics.

KEY WORDS: ETHICS, CLINICAL; MEDICAL STAFF HOSPITAL/ethics; INTERNSHIP AND RESIDENCY/ethics; PEDIATRICS; CHILD.

Observa-se, atualmente, que inúmeros profissionais da saúde são, cada vez mais exigidos a discutir sobre posicionamentos e tomadas de decisão frente a pacientes com dilemas éticos que diariamente se apresentam nos hospitais⁽¹⁻⁴⁾.

O crescente e rápido avanço científico e tecnológico traz inúmeras conseqüências como a redução da mortalidade, aumento da expectativa de vida, aumento da morbidade dos pacientes com todas as suas implicações: dependência do sistema de saúde, necessidade de melhores infra-estruturas de reabilitação, crescente necessidade de medicamentos e de equipamentos de alto custo⁽⁵⁻⁷⁾.

Há uma percepção generalizada de que os cuidados médicos no final de vida envolvem o uso excessivo e inapropriado de tecnologia, causando sofrimento nos pacientes e despertando sentimentos de angústia e insatisfação na equipe médica decorrentes das conseqüências dos sucessos alcançados. Estas questões induzem-nos a nos perguntar: devemos fazer tudo o que podemos?^(1-3,8)

O crescimento das subespecialidades, associado ao uso excessivo da tecnologia, contribuiu para alteração da relação médico-paciente^(9,10). A pessoa humana, que deveria ser vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade, sensibilidade e razão, transforma-se em objeto de estudos e consumidora de tecnologia⁽¹⁰⁾. São inquestionáveis os benefícios oferecidos à humanidade pelos avanços tecnológicos da medicina moderna, porém é imprescindível que se reflita sobre o uso adequado de todo este custoso aparato^(9,11).

A Bioética surgiu como uma nova perspectiva de abordagem desses dilemas da prática médica contemporânea, em substituição ao modelo deontológico clássico. Ela é uma ciência que procura refletir, sob o ponto de vista interdisciplinar e pluralista, os valores referentes à vida e à saúde humana, fornecendo meios para se poder fazer uma opção racional de caráter moral, reconhecendo que esta determinação terá de ser dialogada, compartilhada e decidida entre pessoas com valores morais diferentes⁽¹²⁾.

O Modelo baseado em Princípios é o modelo explicativo mais utilizado para analisar metodologicamente casos concretos pela Bioética, talvez por ser o mais simples de ser entendido e o que mais se adapta à situação de ensino. Sua teoria é fundamentada em quatro princípios: *beneficência* (fazer o que é melhor para o paciente do ponto de vista técnico, assistencial e ético, utilizando todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do mesmo), *não-maleficência* (não causar mal ou dano intencional ao paciente), ambos derivando da tradição hipocrática, *autonomia* (capacidade da pessoa de fazer ou buscar aquilo que ela julgar melhor para si mesma), cuja base filosófica deriva de I. Kant e J.S. Mill, e *justiça* (equidade na distribuição de bens e recursos comuns numa tentativa de igualar as oportunidades), cuja base filosófica deriva de John Rawls. Estes princípios não têm um caráter absoluto ou prioridade um sobre o outro, sendo utilizados como deveres *prima facie*⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Os programas curriculares nos cursos de Medicina discutem muito pouco sobre a morte, os limites terapêuticos e o papel do profissional de

não apenas salvar vidas, mas também confortar e aliviar sofrimento^(1,2,5,6,8).

Esta situação coloca os profissionais, em especial os que se encontram em treinamento, em posições difíceis que envolvem decisões médicas face a dilemas éticos com pacientes⁽¹⁶⁾.

Nos cursos de Medicina, o ensino da Ética, na maioria das vezes, está centrado nos temas escolhidos pelo docente, sem levar muito em conta as ansiedades, os pontos de vista e os interesses dos alunos; com frequência, os temas estão dissociados dos assuntos e dos dilemas éticos que os mesmos vivenciam, e, quase sempre, a abordagem dos tópicos é feita primordialmente sob o ângulo da deontologia, do código de ética. Desse modo, a reflexão crítica sobre valores não é estimulada⁽¹⁷⁾.

Questiona-se, atualmente, o modelo tradicional de ensino que não mais atende às necessidades da sociedade contemporânea. O modelo de Escola Interacionista, ao contrário do modelo passivo ensinar-aprender, defende que a aprendizagem é muito mais um processo ativo de interação professor-aluno e realidade social⁽¹⁸⁾.

A residência médica deveria ser um processo de desenvolvimento no qual o residente aprenderia a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, a fazer um balanço entre o desejo de cuidar e o desejo de curar, a lidar com sentimentos de desamparo em relação ao complexo sistema assistencial e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional⁽¹⁹⁾.

Alguns estudos indicam que as atitudes dos residentes mudam durante o treinamento médico⁽²⁰⁻²³⁾, recomendam o treinamento em Ética Médica durante a residência⁽²⁴⁻²⁶⁾ e questionam sua adequação⁽²⁶⁻²⁹⁾.

A importância dos questionamentos éticos, tais como, quem deve decidir pelo paciente, qual o equilíbrio entre o avanço tecnológico e os valores morais da sociedade, quais os princípios metodológicos que podem servir para analisar casos concretos envolvendo dilemas éticos, implica na necessidade cada vez maior de se discutirem estes temas no programa curricular.

A hipótese deste estudo é a de que o médico residente, apesar da ausência de treinamento específico em Ética neste período, muda seus posicionamentos frente a dilemas éticos com pacientes, no decorrer do programa de formação na sua especialidade, devido a inúmeros fatores de exposição a que é submetido.

MÉTODOS

População em estudo

Foram incluídos no estudo médicos residentes do primeiro ano de Pediatria e de outras especialidades de cinco hospitais de Porto Alegre que responderam a um questionário sobre aspectos de dilemas éticos encontrados na prática médica, de janeiro à março de 2002. Foram excluídos do estudo todos os residentes cujos questionários foram devolvidos com dados incompletos. Nenhum tipo de intervenção ou abordagem didática no campo da Bioética foi proposto pelos pesquisadores, sendo que os residentes incluídos seguiram livremente seu curso de especialização. Após um período de 12 meses todos os indivíduos que compuseram esta coorte foram novamente questionados sobre os mesmos aspectos.

Coleta de dados

A técnica de coleta dos dados realizou-se do seguinte modo: contactou-se previamente, no mês de dezembro e janeiro de 2002, o médico responsável pelo grupo de residentes recém-ingressos naquele período, a fim de se obter permissão para ser aplicado o questionário em cada um dos cinco hospitais selecionados e definiu-se o momento mais adequado, que reunisse o maior número de residentes possível, se não todo o grupo, o que se fez, ou em reunião de recepção aos ingressos, ou em aula inaugural. Os residentes que não participaram deste momento foram localizados posteriormente até o mês de março para participarem do trabalho. Destes, apenas 5 preencheram o questionário no mês de fevereiro e março/2002 (este grupo iniciou seu treinamento profissional mais tardiamente). A coleta de dados incluiu todos os residentes do primeiro ano de Pediatria e maioria dos residentes de outras especialidades do HSL-PUCRS.

Em cada um dos cinco hospitais, fez-se uma breve explanação, para os médicos residentes, do conceito de Bioética e dilemas éticos da prática médica relacionados ao trabalho em questão, assim como do formato do questionário, sendo informado o caráter voluntário e anônimo da cada participação, sempre pela mesma pesquisadora.

No questionário utilizado como instrumento do estudo, são apresentados três casos de pa-

cientes envolvendo dilemas comuns na prática médica. Cada caso aborda de modo mais enfático cada um dos princípios éticos da prática médica – beneficência/não-maleficência, autonomia e justiça. No rodapé do questionário estão descritas as variáveis demográficas: gênero e data de nascimento, além do local e data (Anexo 1). Vale salientar que este instrumento já foi validado em estudos anteriores realizados por Carvalho e Goldim⁽¹⁴⁾.

Também se avaliou a reprodutibilidade do instrumento de estudo pela administração do questionário a oito residentes (cinco da Pediatria e três de outras especialidades) entre duas a quatro semanas após a primeira aplicação. O percentual de concordância das respostas do teste e do reteste foi de alta correlação, demonstrada estatisticamente pelo $kappa = 1$.

Análise estatística

Os dados quantitativos foram descritos através da média e desvio padrão e em assimetria pela mediana e amplitude. Dados categóricos foram apresentados através de frequências e percentuais.

Para avaliar o grau de concordância observado entre os momentos estudados (2002 vs 2003) para as situações apresentadas (justiça, beneficência, autonomia) utilizou-se o coeficiente Kappa (K), obtendo-se também seu intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram processados e analisados com o auxílio do programa SPSS versão 11.0.

Ética

Os autores envolvidos no estudo assinaram um termo de compromisso para a utilização dos dados única e exclusivamente para o fim estabelecido no projeto de pesquisa. O consentimento informado apresentado aos sujeitos da pesquisa está implícito no instrumento utilizado, sendo realizado um termo de justificativa para a dispensa formal do mesmo. Esta dispensa tem amparo na Resolução 196/96 no seu item IV.3.c e f que permite que uma pesquisa possa ser realizada com dispensa do uso do Termo de Consentimento livre e esclarecido, desde que se justifique esta situação. No presente projeto a impossibilidade é devida a características de proteção da privacidade dos próprios sujeitos da pesquisa. O processo de obtenção do consentimento informa-

do não fica eliminado do projeto, mas apenas não se obtém o documento formal. Os participantes têm a liberdade de responder e entregar ou não o instrumento. A entrega do instrumento de coleta de dados é considerada um consentimento tácito; supõe uma formalização de sua permissão e que seus dados serão utilizados anonimamente.

Todos os centros pesquisados aprovaram o presente projeto em seus Comitês de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Do total de residentes de primeiro ano em 2002 (52 de Pediatria e 70 residentes de outras especialidades), 106 foram incluídos no estudo.

De um total de 52 questionários aplicados aos residentes de Pediatria em 2002, foram devolvidos 49 (94%) e de um total de 54 questionários aplicados aos residentes de outras especialidades do HSL-PUCRS, foram devolvidos 48 (89%). Cinco questionários aplicados a este grupo foram devolvidos com dados incompletos, sendo excluídos do estudo, portanto, totalizando no final 43 (80%) questionários.

No ano de 2003 a localização dos residentes, já na condição de R2, exigiu maior esforço, tendo sido difícil reuni-los num só momento, exceção feita ao grupo de residentes do HMPV. Dos 49 residentes de Pediatria, 47 (96%) responderam ao questionário em 2003 e dos 43 residentes de outras especialidades, 38 (88%) responderam ao questionário em 2003, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1 – Número de questionários aplicados e devolvidos pelos residentes de Pediatria e outras especialidades nos dois momentos estudado

Questionários	Residentes de Pediatria	Outras Especialidades	Total (n)
Ano 2002			
Aplicados	52 (100%)	54 (100%)	106(100%)
Devolvidos	49 (94%)	43 (80%)	92(87%)
Ano 2003			
Aplicados	49 (100%)	43 (100%)	92(100%)
Devolvidos	47 (96%)	38 (88%)	85(92%)

As características demográficas dos residentes de Pediatria e dos residentes de outras especialidades nos dois períodos estudados encontram-se na Tabela 2.

TABELA 2 - Dados demográficos comparando os residentes de Pediatria com residentes de outras especialidades nos dois períodos estudados, média, desvio padrão e frequência relativa

	Pediatria	Outras Especialidades
Ano 2002	n = 49	n = 43
Idade	24,7 ± 1,3	25,0 ± 2,0
Sexo M	12 (24,5%)	21 (48,8%)
F	37 (75,5%)	22 (51,2%)
Ano 2003	n = 47	n = 38
Idade	25,8 ± 1,5	26,2 ± 2,0
Sexo M	11 (23,4%)	18 (47,4%)
F	36 (76,6%)	20 (52,6%)

Os residentes foram questionados quanto ao seu posicionamento frente a dilemas éticos com pacientes pediátricos através de três situações clínicas descritas a seguir:

- **SITUAÇÃO 1** - Em relação ao tipo de posicionamento frente à situação de atendimento à parada cardiorrespiratória simultânea de dois pacientes com prognósticos diferentes, abordando o princípio da justiça (situação detalhada na situação 1, do Anexo 1), os resultados estão descritos na Tabela 3.

Em 2002, dentre as 6 alternativas de decisão possíveis, apenas 4 foram assinaladas. Dos 85 residentes, 67 (79%) priorizaram o atendimento em função do prognóstico. Em 2003, houve uma redução deste posicionamento para 57 (67%) e um aumento do número de residentes que optou por dividir a equipe de atendimento de 10 (12%) em 2002 para 21 (25%) em 2003.

- **SITUAÇÃO 2** - Em relação ao tipo de posicionamento frente à limitação de tratamento de suporte de vida em paciente em estado vegetativo, com

prognóstico estabelecido de quadro irreversível, abordando o princípio de beneficência e não-maleficência (situação detalhada na situação 2, do Anexo 1), os resultados estão descritos na Tabela 4.

Foram apresentadas 5 alternativas de decisão possíveis com a escolha de 4 delas. Em 2002, dos 85 residentes, 47 (55%) priorizaram a manutenção das medidas atuais, mas não implantando novas medidas de suporte de vida, incluindo uma ordem de não reanimar em caso de parada cardiorrespiratória. Em 2003, 30 (64%) dos residentes mantiveram seu posicionamento e 17 (36%) o modificaram (88% passaram a atender parada cardiorrespiratória e 12% passaram a atender todas as medidas cabíveis).

- **SITUAÇÃO 3** - Em relação ao tipo de posicionamento frente à situação de transfusão de sangue em paciente testemunha de Jeová, abordando o princípio de respeito às pessoas (situação detalhada na situação 3, do Anexo 1), os resultados estão descritos na Tabela 5.

Em 2002, dentre as 5 alternativas de decisão possíveis, todas foram assinaladas. Dos 85 residentes, 47 (55%) optaram por atender a paciente e fazer transfusão, alegando o dever frente ao risco de vida iminente. Destes, 26 (55%) mantiveram seu posicionamento em 2003, 45% mudaram, sendo que 14 (30%) tentariam transferir a paciente para uma outra instituição que se dispõe a atender pacientes com restrição aos uso de sangue, mesmo em situações cirúrgicas. Dos 23 residentes que optaram por tentar transferir a paciente para outra instituição em 2002, apenas 9 (39%) mantiveram sua opção e 13 (56,5%) mudaram, optando por transfundir a paciente, alegando risco iminente de vida.

TABELA 3 - Posicionamento dos médicos residentes frente à situação de atendimento à parada cardiorrespiratória simultânea de dois pacientes com prognósticos diferentes (Justiça)

Situação 1	2002	2003						Total
		a)	b)	c)	d)	e)	f)	
a)	2	1	1	-	-	-	4 (4,5%)	
b)	-	49	2	-	16	-	67 (79%)	
c)	-	1	1	-	2	-	4 (4,5%)	
d)	-	-	-	-	-	-	-	
e)	1	6	-	-	3	-	10 (12%)	
f)	-	-	-	-	-	-	-	
Total		3 (3,5%)	57 (67%)	4 (4,5%)	-	21 (25%)	85 (100%)	

NOTA: Alternativas à Situação 1:

- atender o primeiro paciente, sem saber da história;
- atender o paciente de melhor prognóstico;
- atender o primeiro paciente, sabendo da história;
- não atender os dois pacientes;
- dividir a equipe de atendimento;
- realizar um sorteio com o objetivo de tornar a escolha aleatória. Kappa (IC95%) = 0,20 (-0,05 a 0,34)

TABELA 4 – Posicionamento dos médicos residentes frente à limitação de tratamento de suporte de vida em paciente em estado vegetativo (Beneficência/Não-Maleficência)

Situação 2	2002	2003					Total
		a)	b)	c)	d)	e)	
a)		4	3	5	–	–	12 (14%)
b)		2	12	11	1	–	26 (31%)
c)		2	15	30	–	–	47 (55%)
d)		–	–	–	–	–	–
e)		–	–	–	–	–	–
Total		8 (9,5%)	30 (35%)	46 (54%)	1 (1,5%)	–	85 (100%)

NOTA: Alternativas à Situação 2:

- manter todas as condutas cabíveis;
- não implantar novas medidas, exceto atender PCR;
- não implantar novas medidas, incluindo ordem de não reanimar;
- retirar medidas de suporte;
- não se envolver no processo de decisão.

Kappa (IC95%) = 0,21 (-0,05 a 0,37)

TABELA 5 – Posicionamento dos médicos residentes frente à situação de transfusão em paciente testemunha de Jeová (Autonomia)

Situação 3	2002	2003					Total
		a)	b)	c)	d)	e)	
a)		4	1	7	1	1	14 (16,5%)
b)		–	–	1	–	–	1 (1,5%)
c)		4	1	26	14	2	47 (55%)
d)		1	–	13	9	–	23 (27%)
e)		–	–	–	–	–	–
Total		9 (10,5%)	2 (3%)	47 (55%)	24 (28%)	3 (3,5%)	85 (100%)

NOTA: Alternativas à Situação 3:

- atender o paciente sem realizar transfusão;
- não atender o paciente e dar alta;
- transfundir o paciente, alegando risco de vida;
- tentar transferir o paciente para a instituição que se dispõe a atender pacientes com restrição ao uso de sangue;
- transfundir o paciente sem avisar a família

Kappa (IC95%) = 0,10 (-0,05 a 0,25)

Situação 1 × Variável gênero (feminino)

Em relação ao tipo de posicionamento frente à situação de atendimento à parada cardiorrespiratória simultânea de dois pacientes com prognósticos diferentes, abordando o princípio da justiça (situação detalhada na situação 1, do Anexo 1), considerando a *variável gênero feminino*, os resultados evidenciaram uma redução do posicionamento que prioriza o critério prognóstico de 44 (78%) em 2002 para 34 (60%) em 2003 e um incremento do posicionamento que contempla o critério de necessidade de 9 (16%) em 2002 para 18 (32%) em 2003 ($Kappa (IC95%) = 0,09 (-0,11 a 0,29)$).

Situação 1 × Variável gênero (masculino)

Em relação ao tipo de posicionamento frente à situação de atendimento à parada cardiorrespiratória simultânea de dois pacientes com prognósticos diferentes, abordando o princípio da justiça (situação detalhada na situação 1, do ane-

xo 1), considerando a *variável gênero masculino*, os resultados mostraram que houve um grau de concordância moderado ($K = 0,42$) no posicionamento frente à situação que aborda o princípio de justiça, do ano de 2002 para 2003, relacionado ao gênero masculino. O critério prognóstico foi priorizado nos dois períodos estudados.

Situação 1 × Variável especialidade (pediatria)

Em relação ao tipo de posicionamento frente à situação de atendimento à parada cardiorrespiratória simultânea de dois pacientes com prognósticos diferentes, abordando o princípio da justiça (situação detalhada na situação 1, do anexo 1), considerando a *variável especialidade pediatria*, os resultados mostraram uma redução do posicionamento que prioriza o critério prognóstico de 30 (64%) em 2002 para 24 (51%) em 2003 e um incremento do posicionamento que contempla o critério de necessidade de 10 (21%) em 2002 para 18 (38%) em 2003.

Situação 1 × variável especialidade (outras)

Em relação ao tipo de posicionamento frente à situação de atendimento à parada cardiorrespiratória simultânea de dois pacientes com prognósticos diferentes, abordando o princípio da justiça (situação detalhada na situação 1, do anexo 1), considerando a *variável outras especialidades*, foi observada uma baixa correlação do índice de concordância entre os residentes de outras especialidades do ano de 2002 para 2003 ($K = 0,15$).

O critério prognóstico foi priorizado nos dois períodos estudados.

O índice de concordância entre os médicos residentes foi baixo nas três situações apresentadas, exceto na Situação 1, considerando a variável gênero masculino, na qual houve um índice de concordância moderado.

DISCUSSÃO

Este estudo avalia o posicionamento dos médicos residentes frente a dilemas éticos com pacientes pediátricos em dois momentos diferentes: no período inicial do primeiro ano de residência médica e no início do segundo ano. Os casos abordados no questionário, que enfatizam os princípios da Bioética, foram casos clínicos verídicos, adaptados para estudo e validados previamente⁽²⁰⁾. Estas situações clínicas simulam contextos clínicos reais que desencadearam uma decisão correspondente a cada um dos três casos em um grupo de 49 residentes de pediatria e 43 residentes de outras especialidades.

Em nosso meio, quando da realização da coleta de dados, não havia treinamento formal em Bioética na residência médica das instituições pesquisadas. Alguns serviços incluíam atividades práticas, como discussão clínica nas unidades de terapia intensiva, porém não havia uma inserção curricular específica da área de Bioética no programa de residência médica. Ambos os grupos de médicos residentes demonstraram mudanças de posicionamento nas três questões apresentadas no período de um ano. O coeficiente de concordância entre os residentes (índice de Kappa) foi baixo em todas as situações, com apenas uma exceção. Na situação de atendimento à parada cardiorrespiratória simultânea de dois pacientes com prognósticos diferentes, que aborda o princípio da justiça, considerando a variável gênero masculino, o índice de Kappa demonstrou grau de concordância moderado.

Em relação ao caso que aborda o princípio da justiça, o critério prognóstico foi o mais utilizado pelos residentes de Pediatria e outras especialidades em ambos os períodos. Houve uma crescente tendência, após um ano, de contemplar o critério de necessidade na alocação de recursos, relacionado ao gênero feminino e Pediatria. Esta associação se deve provavelmente ao fato de que a Pediatria é composta na sua maioria (76,6%) de mulheres. A mudança na contemplação de critérios talvez esteja relacionada ao tempo e à responsabilidade: no primeiro momento ainda não há vivência como médicos, no segundo momento, um ano se passou, e quem responde é quem toma a decisão, o próprio médico, menos disposto a correr riscos (ou mais humano e com dificuldades de decidir). O critério de igualdade de acesso real proposto por Edmond Cahn e o de igualdade de acesso provável por aleatoriedade proposto por James Childress⁽³⁰⁾ não foram considerados. Estes resultados são previsíveis devido à inadequação técnica das ações da propostas.

Em relação ao caso que aborda o princípio de beneficência e não-maleficência, o posicionamento mais prevalente foi o de priorizar o princípio de não-maleficência sobre a autonomia dos pais da criança, que se encontrava em estado vegetativo permanente. Não implantar novas medidas e ordem de não reanimar são condutas tecnicamente coerentes, porém conflitantes com o desejo dos pais, que, neste caso, deveriam receber apoio, informações e esclarecimentos apropriados para que o assunto pudesse ser discutido novamente em outra oportunidade. Nesta situação há consenso médico de que cuidados paliativos, suporte psicossocial para a família e conduta favorável à ordem de não reanimar são um conjunto de medidas que defende os melhores interesses da criança, porém esta conduta deve ser amplamente discutida com a família antes da sua adoção. As demais opções assinaladas foram as seguintes: atender às demandas da família, contemplando o desejo dos pais, porém não sendo essa a decisão técnica mais adequada e não implantar novas medidas exceto o atendimento de parada cardiorrespiratória, não sendo essa uma decisão tecnicamente coerente.

Em relação ao caso que aborda o princípio da autonomia, os residentes optaram por ações técnicas baseadas em justificativas deontológicas, independentemente dos valores do paciente. As opções que contemplam o respeito à autonomia

do paciente, como atender o paciente sem realizar transfusão e tentar transferir o paciente para a instituição que se dispõe a atender pacientes com restrição ao uso de sangue, mesmo em situações cirúrgicas, foram assinaladas por 37% dos residentes em 2002 e por 33% em 2003.

Nossos dados indicam que os posicionamentos frente a dilemas éticos com pacientes pediátrico mudaram muito durante o treinamento, confirmando o achado de outros trabalhos (Berseth e Goldim)^(20,23), e que prognóstico, decisões técnicas e valores deontológicos influenciam nessa mudança.

Estes achados sugerem que os residentes necessitam um programa educacional em Bioética durante este período de grande exposição a novas experiências clínicas e pessoais, que inclua estratégias de suporte para lidarem tanto com pacientes quanto com suas próprias necessidades pessoais.

Limitações do estudo incluem a avaliação de casos pediátricos por residentes não expostos ao treinamento em Pediatria, alguns residentes de outras especialidades clínicas e cirúrgicas já haviam sido expostos a treinamento como pré-requisito de sua especialidade e o viés no número de mulheres na Pediatria em comparação ao número reduzido de homens induzindo a um possível erro tipo II.

Aach et al.⁽³¹⁾ descreveram uma seqüência de estágios ou fases que pode ser observada na maioria dos residentes ao longo do primeiro ano de treinamento, que inclui uma ampla variação de sensações gratificantes e frustrantes. De maneira geral, um estágio inicial de excitação, associado ao estado de tensão vivido em relação à expectativa de iniciar o treinamento e ao desafio de ser um profissional (duração de cerca de um mês) é seguido de um período de insegurança, quando o treinando começa a vivenciar frustrações e perceber suas limitações (duração de mais ou menos dois meses). A seguir, há uma fase de depressão que se mostra tanto mais intensa quanto mais atuarem os seguintes fatores: sobrecarga de trabalho, privação do sono e falta de apoio emocional institucional e/ou social. Em seguida, o residente tende a experimentar um estado de quiescência, com estabilidade no exercício das atividades e um estado de tédio e desinteresse, cumprindo suas tarefas de uma forma algo automática. A este estado de tédio, segue-se uma outra fase de depressão; a rotina se torna insuportável e o trabalho parece sem fim. Esta fase ten-

de a ser mais intensa que a fase depressiva anterior, atingindo seu ápice no oitavo mês. Gradativamente, o residente começa a sair do estado de depressão, entrando em um período de exaltação, com o reconhecimento de conquistas e realizações, o que pode, eventualmente, conduzir a um excesso de confiança. Ao final do ano, o R1 vive um período de segurança, sente-se profissionalmente competente para tomar decisões quanto ao tratamento dos pacientes e, em condições de ensinar e supervisionar os estudantes.

O modelo explicativo da Teoria da Experiência Ótima (Flow) da autoria de Csikszentmihalyi⁽³²⁾ propõe que sentimentos de ansiedade ocorrem quando o desafio ultrapassa a capacidade e de tédio quando permanece aquém. A proporcionalidade entre desafio e capacidade acarreta a experiência ótima e a conseqüente realização prazerosa da tarefa.

Os achados publicados em artigo recente⁽²¹⁾ evidenciaram que, utilizando uma entrevista de julgamento moral, baseada na teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg aplicada numa coorte de 54 estudantes de Medicina que completaram a entrevista no primeiro e novamente no terceiro ano da faculdade de Medicina, os autores não encontraram melhora na evolução do juízo moral. A teoria mencionada estabelece que as pessoas desenvolvem o raciocínio moral seqüencialmente através de níveis: pré-convenção (inclui os estágios de obediência e punição e trocas), convencional (inclui os estágios de aprovação do grupo e deveres e obrigações) e pós-convenção (inclui os estágios de contrato social e princípios éticos universais). O raciocínio moral é uma pre-condição do comportamento ético em medicina.

Outro estudo⁽²⁹⁾ mostra que, surpreendentemente para os seus autores, os residentes afirmaram que contam com seus pares mais freqüentemente do que médicos assistentes para uma assistência efetiva na resolução de dilemas. Isto poderia ser explicado pela relação hierárquica e pelo fator de exposição.

Enquanto programas tradicionais podem não excluir desenvolvimento de valores humanísticos e profissionais dos residentes, a carência de atenção explícita a este aspecto do treinamento freqüentemente resulta em que estes valores sejam negligenciados ou sutilmente desvalorizados⁽²⁵⁾. O ambiente de aprendizagem exerce uma influência significativa na formação dos residentes. Burack et al.⁽³³⁾ observaram que aqueles resi-

dentos hostis, ou com comportamento desrespeitoso com os pacientes, foram na maior parte ignorados pelos médicos assistentes.

Há boas razões para acreditar que o processo de socialização no treinamento da residência se reflete no comportamento prático subsequente. Muito freqüentemente, falta de atenção explícita aos valores humanísticos e profissionais cria ambientes de aprendizagem eticamente incorretos para uma boa prática da Medicina. O modo como os residentes são tratados e os valores que seus professores e instituições exibem, influenciam significativamente na sua conduta para com os pacientes, eles mesmos e os outros⁽²⁵⁾.

Considerando-se a residência médica como uma etapa do processo de formação educacional do profissional, ela guarda as mesmas características que toda intervenção educativa apresenta.

Segundo Giroux⁽³⁴⁾, todas as discussões em torno do papel implícito e explícito da escolarização chegam a diferentes conclusões, mas todos concordam que as escolas não ensinam os alunos apenas a "ler, escrever, calcular, entre outros conteúdos", mas que são também agentes de socialização e, sendo um espaço social, têm um duplo currículo, o explícito e formal e o oculto e informal.

O currículo oculto é geralmente associado às mensagens de natureza afetiva, como atitudes e valores, porém não é possível separar os efeitos destas mensagens daquelas de natureza cognitiva. Logo, o currículo oculto convive com as normas de comportamento social e com as de concepções de conhecimentos, ligadas às experiências didáticas. Esta perspectiva permite que se avalie de outra forma achados considerados surpreendentes por autores de outros estudos.

Criar um clima organizacional eticamente adequado requer mudanças culturais: explorar o currículo oculto, prestando séria atenção ao papel do modelo no ambiente de aprendizado e implementando políticas e processos para assegurar um desenvolvimento do aprendizado.

Há quase 100 anos, Abraham Flexner colocou a educação médica dentro de firmes padrões científicos e clínicos. É hora de uma comissão tipo Flexner fortalecer o papel da ética na educação médica⁽²⁶⁾. Esta mudança vem sendo realizada nos cursos médicos desde a década de 1980, tendo sido iniciada pelos cursos de pós-graduação.

Um processo de tomada de decisão utilizando referências técnicas e éticas deve ser considerado no planejamento de programas educacionais em ética para residentes em treinamento.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos nesta amostra e neste período permitiram as seguintes conclusões:

- os médicos residentes apresentaram mudança de posicionamento frente a dilemas éticos com pacientes pediátricos nas três questões apresentadas;
- foi encontrado um índice de concordância moderado entre gênero masculino e a questão que aborda o princípio da justiça;
- foi encontrada uma relação direta entre a tendência a contemplar o critério de necessidade na questão que aborda o princípio da justiça e gênero feminino, na área de Pediatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kjellstrand CM. Who should decide about your death? JAMA. 1992;267:103-4.
2. Burns JP, Truog RD. Ethical controversies in pediatric critical care. New Horiz. 1997;5:72-84.
3. Koch KA, Rodeffer HD, Wears RL. Changing patterns of terminal care management in an intensive care unit. Crit Care Med. 1994;22:233-4.
4. Carvalho PRA, Torreão LA. Aspectos éticos e legais na emergência. J Pediatr (Rio J). 1999;75 supl. 2:S307-S314.
5. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life - sustaining treatments. Crit Care Med. 1992;20:320-6.
6. Ackerman AD. Death in the pediatric intensive care unit. Crit Care Med. 1993;21:1803-5.
7. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Bioética. 1993;1:129-38.
8. Kipper DJ. Decisões médicas envolvendo o fim da vida: o desafio de adequar as leis às exigências éticas. J Pediatr (Rio J). 2000;76:403-6.
9. Siqueira JE. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. Bioética. 2000;8:55-67.
10. Camargo MCA. O ensino da ética médica e o horizonte da bioética. Bioética. 1996;4:47-51.
11. Jonas H. El principio de la responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
12. Clotet J. Por que bioética? Bioética. 1993;1:13-7.
13. Kipper DJ. Uma introdução à bioética. Temas Pediatr Nestlé. 2002;73:6-19.
14. Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.81-98.
15. Beauchamp TL, Childress JF. Moralidade e justificação moral. In: Princípios de ética biomédica. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002. p.50-5.
16. Caralis PV, Hammond JS. Attitudes of medical students, housestaff, and faculty physicians toward euthanasia

- and termination of life sustaining treatment. *Crit Care Med.* 1992;20:683-90.
17. Hossne WS, Hossne RS. Opinião do estudante de medicina sobre algumas questões bioéticas. *Bioética.* 1998;6:127-33.
 18. Santos CE, Lopes MHI. Tendência, inovação e transformação educativa na escola médica. *Rev Med PUCRS.* 2001;11:47-51.
 19. Brent DA. The residency as a developmental process. *J Med Educ.* 1981;56:417-22.
 20. Carvalho PRA, Goldim JR. Posicionamento de médicos residentes de pediatria frente a dilemas com pacientes. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul.* 2001; 21 supl.:145.
 21. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ.* 2003;168:840-4.
 22. Hayes RP, Stoudemire AS, Kinlaw K, et al. Changing attitudes about end-of-life decision making of medical students during third-year clinical clerkships. *Psychosomatics.* 1999;40:205-11.
 23. Berseth CI, Durand R. Evaluating the effect of a human values seminar series on ethical attitudes toward resuscitation among pediatric residents. *Mayo Clin Proc.* 1990;65:337-43.
 24. American Board of Pediatrics Medical Ethics Subcommittee. Teaching and evaluation of interpersonal skills and ethical decision making in pediatrics. *Pediatrics.* 1987;79:829-34.
 25. Markakis KM, Beckman HB, Suchman AL, et al. The path to professionalism: cultivating humanistic values and attitudes in residency training. *Acad Med.* 2000; 75:141-50.
 26. Singer P. Strengthening the role of ethics in medical education. *CMAJ.* 2003;168:854-5.
 27. Waz WR, Henkind J. The adequacy of medical ethics education in a pediatrics training program. *Acad Med.* 1995;70:1041-3.
 28. Forrow L, Arnold RM, Frader J. Teaching clinical ethics in the residency years: preparing competent professionals. *J Med Philos.* 1991;16:93-112.
 29. White BD, Hickson GB, Theriot R, et al. A medical ethics issues survey of residents in five pediatric training programs. *Am J Dis Child.* 1991;145:161-4.
 30. Goldim JR. Ética aplicada a alocação de recursos escassos. [capturado 2005 jun 03]:[8 telas]. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/aloca.htm>>.
 31. Resident Services Committee, Association of Program Directors in Internal Medicine. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. *Ann Intern Med.* 1988;109:154-61.
 32. Csikszentmihalyi M. *Flow: the psychology of optimal experience.* New York: Harper and Row; 1990.
 33. Burack JH, Irby DM, Carline JD, et al. Teaching compassion and respect: attendings responses to problematic behaviors. *J Gen Intern Med.* 1999;14:49-55.
 34. Giroux HA. Educação social em sala de aula: a dinâmica do currículo oculto. In: *Os professores como Intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.55-77.

Endereço para correspondência:
MARIA LUIZA CHIAPIN
Hospital São Lucas da PUCRS
Av. Ipiranga, 6690, 7º andar, sala 715
Fone: (0xx51) 3336-3533

ANEXO 1

ESTUDO SOBRE POSICIONAMENTO FRENTE A DILEMAS COM PACIENTES

O presente questionário é instrumento de estudo clínico sobre posicionamentos de pessoas que trabalham na área da saúde frente a dilemas com pacientes. Este projeto está sendo conduzido por Maria Luísa Chiapin, Prof. José Roberto Goldim e Prof. Renato Stein. Caso concorde em participar do estudo, continue a lê-lo e após responda o questionário. A sua participação é voluntária e deverá ser mantida anônima.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Estas situações não têm, a rigor, uma única alternativa correta ou adequada. O importante é fazer a sua escolha com base em um raciocínio ético, sem se deixar conduzir apenas pelo condicionamento legal envolvido em cada um dos casos.

SITUAÇÃO 1

Os pacientes João e Roberto estão internados em quartos vizinhos do setor pediátrico de um hospital. João tem 11 anos e apresenta severo retardo mental. Tem vivido em instituições desde os três anos de idade. Sua família não mantém contato com ele desde então. Após uma parada cardíaca ficou semiparalisado e totalmente inconsciente. A equipe de saúde tem a impressão de que ele não tem esperança de melhora.

Roberto é um menino de 12 anos, interno em instituição pública por abandono e duas denúncias por furto. Ele sofreu traumatismo craniano que o deixou com paralisia leve. Nas seis semanas que está no hospital, já recuperou quase totalmente o uso do braço e da perna. Seu prognóstico de recuperação total é excelente.

João fez uma parada cardiorrespiratória (PCR) às 3 horas da manhã. Em seguida, ele já estava na UTI Pediátrica (UTIP) e a equipe de reanimação estava para iniciar o seu atendimento. Neste momento, Roberto também teve uma PCR, sendo imediatamente transferido para a UTIP. Sabendo das paradas simultâneas, a equipe de atendimento hesitou.

Caso você fosse membro desta equipe, qual decisão tomaria:

- Atender ao paciente que sofreu PCR primeiro, independentemente do conhecimento das condições prévias de ambos
- Sabendo a história de ambos, atender o paciente que tem o melhor prognóstico, mesmo que tenha sofrido PCR após o outro
- Mesmo sabendo da história de ambos, atender o paciente que sofreu PCR primeiro
- Frente à simultaneidade dos eventos e à gravidade de fazer uma escolha desta ordem, com real prejuízo para o não escolhido, não atender aos dois pacientes
- Dividir a equipe de atendimento, com a finalidade de atender a ambos os pacientes, mas com real prejuízo na qualidade dos dois procedimentos
- Realizar um sorteio com objetivo de tornar a escolha do paciente a ser atendido aleatória, evitando a discriminação pelo prognóstico ou por fatores sociais

SITUAÇÃO 2

Um bebê com 11 meses, portador de uma síndrome genética não esclarecida, que apresenta grave comprometimento neurológico, traduzido por severa atrofia cortical, sem vida de relação e dependente de ventilação mecânica, está internado em uma Unidade de Terapia Intensiva há três meses. Os pais estão sempre presentes e mantêm-se irredutíveis frente à necessidade de que todas as medidas possíveis devam ser mantidas e/ou tomadas.

Desde o último mês, a equipe médica já tem um prognóstico estabelecido de que o quadro é irreversível. Se você participasse da equipe de profissionais que atende este paciente e tivesse que participar do processo de tomada de decisão, qual a opção que consideraria mais adequada nestas circunstâncias específicas:

- Atender às demandas da família, mantendo as medidas atuais e acrescentando, caso necessário, todas as condutas cabíveis
- Manter as medidas atuais, mas não implantação de novas medidas de suporte de vida, exceto o atendimento de parada cardiorrespiratória (PCR)
- Manter as medidas atuais, mas não implantação de novas medidas de suporte de vida, incluindo uma ordem de não reanimar em caso de PCR
- Retirar todas as medidas de suporte de vida
- Não se envolver no processo de tomada de decisão

SITUAÇÃO 3

Uma adolescente de 12 anos acompanhada dos pais procura atendimento em um setor de emergência que a interna sob os cuidados de uma equipe de cirurgia, com queixa de desconforto abdominal. É constatado um hematoma de baço, que necessita ser operado dentro de um curto período de tempo, mas não caracteriza risco de vida iminente para a paciente. A família, incluindo a paciente, são testemunhas de Jeová. Quando sabem da indicação cirúrgica, questionam o médico sobre a sua posição frente à utilização de sangue ou hemoderivados durante ou após o procedimento. O atendimento neste hospital é realizado por inúmeros profissionais, sem que haja uma garantia de uniformidade quanto ao tipo de procedimentos que serão realizados ou não.

Caso você participasse desta equipe de profissionais, qual seria sua posição frente a esta solicitação:

- a) Atenderia a paciente e não realizaria transfusão de sangue
- b) Não atenderia a paciente e daria alta por não aceitar o tratamento proposto
- c) Atenderia a paciente e faria transfusão, alegando o dever frente ao risco de vida iminente
- d) Tentaria transferir a paciente para uma outra instituição que se dispõe a atender pacientes com restrição ao uso de sangue, mesmo em situações cirúrgicas
- e) Realizaria transfusões de sangue, se necessário, durante a cirurgia, sem contudo avisar a família ou a paciente

DADOS GENÉRICOS:

Data ___ / ___ / ___

Local _____

Sexo Feminino Masculino

Idade _____ anos Data de nascimento ___ / ___ / ___

Especialidade do residente _____ R1 R2