

Sofrimento moral em residentes de medicina de universidades chilenas

Pamela Jofré¹, Rodrigo Vergara^{1,2}, Thelma Suau³, Jaime Bastidas⁴, Diego de la Barra⁵, Sofía Salas⁶

1. Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile. 2. Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, Chile. 3. Universidad de Chile, Santiago, Chile. 4. Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile. 5. Universidad Austral, Valdivia, Chile. 6. Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Resumo

O sofrimento moral, definido como o sofrimento que uma pessoa experimenta quando é obrigada a executar ações ou omissões que contradizem seus valores, tem sido descrito em todas as profissões da área da saúde e na formação delas, associando-se a consequências como despersonalização nos cuidados, baixa motivação no trabalho, questionamento vocacional e vínculo com o burnout. No Chile, tem sido pouco estudado e menos ainda em estudantes de medicina. Foi realizado um estudo observacional, descritivo e misto com internos de medicina de quatro universidades chilenas, por meio de um questionário distribuído eletronicamente, para conhecer sua frequência e principais fatores desencadeantes. Participaram 56 estudantes. Os resultados expressam a presença transversal de sofrimento moral nos estudantes das universidades exploradas. Destaca-se como principal fonte a dificuldade em obter o consentimento informado dos pacientes. Os resultados fornecem conhecimento útil para projetar programas educativos que abordem o sofrimento moral e suas principais fontes associadas.

Palavras-chave: Bioética. Consentimento livre e esclarecido. Formação médica.

Resumen

Angustia moral en internos de medicina de universidades chilenas

La angustia moral, definida como el sufrimiento que experimenta una persona cuando se ve obligada a ejecutar acciones u omisiones que contradicen sus valores, ha sido descrita en todas las profesiones sanitarias y también en la formación de ellas, asociándose a consecuencias como despersonalización en los cuidados, baja motivación laboral, cuestionamiento vocacional y vinculación al burnout. En Chile, ha sido poco estudiada y menos aún en estudiantes de medicina. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y mixto en internos de medicina de 4 universidades chilenas, mediante un cuestionario distribuido electrónicamente, para conocer su frecuencia y principales factores desencadenantes. Participaron 56 estudiantes. Los resultados expresan la presencia transversal de angustia moral en los estudiantes de las universidades exploradas. Destaca como fuente principal la dificultad en obtener el consentimiento informado de los pacientes. Los resultados aportan conocimiento útil para diseñar programas educativos que aborden la angustia moral y sus principales fuentes asociadas.

Palabras clave: Bioética. Consentimiento informado. Educación médica.

Abstract

Moral distress in medical residents from Chilean universities

Moral distress, defined as the suffering a person experiences when forced to actions or omissions that contradict their values, has been described in all medical professions and related training, associated with consequences such as depersonalization in care, low motivation at work, vocational questioning, and in connection with burnout. In Chile, moral distress has been scarcely researched, and even less in medical students. This is an observational, descriptive and mixed research with medical residents from four universities in Chile using an electronically distributed questionnaire to study its frequency and main triggering factors. Participants included 56 students. The results show transversal occurrence of moral distress in students from the researched universities. The difficulty in obtaining informed consent from patients is noted as the main moral distress source. The results provide useful knowledge for designing educational programs that address moral distress and its main associated sources.

Keywords: Moral distress. Bioethics. Informed consent. Medical education.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação CEP/Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana - 2020115

O ingresso em uma faculdade de medicina envolve a aquisição de muito conhecimento. À medida que os estudos progridem, alguns elementos próprios da cultura e da prática médica são adquiridos. Nestes últimos aparecem as virtudes profissionais que buscam refinadas atitudes de valor que possam impactar as decisões dos educandos. Essas virtudes transformarão os estudantes, fazendo-os interiorizar progressivamente o “ser médico”¹. Entretanto, um bom profissional costuma ser alguém que domina determinadas competências em uma área do saber, para além de um compromisso e desempenho moral responsável².

Nos últimos anos de estudo, os estágios clínicos permitem que os alunos adquiram experiências que são muito influentes no desenvolvimento de “caráter profissional”. Muitas das situações a que são expostos os fazem vivenciar conflitos morais que, se não forem resolvidos de forma adequada, podem diminuir a empatia e contribuir para a exaustão³⁻⁶.

No Chile, em quase todas as universidades que oferecem o curso de medicina, os últimos dois anos são dedicados a um estágio profissional denominado *internado*, que inclui estágios em diferentes áreas clínicas. Nele o aluno é constantemente desafiado em seus conhecimentos e é exposto a situações complexas que envolvem as equipes de saúde e os pacientes e suas famílias, além de poder se deparar com desafios ou decisões a tomar que contrastam com seus valores e facilitam o surgimento de episódios de sofrimento moral (SM)⁷.

O SM foi definido por Andrew Jameton⁸ em 1984 e surgiu da observação primária do que acontecia com enfermeiras no cuidado ao final da vida. Refere-se ao sofrimento que uma pessoa vivencia quando é forçada a realizar ações ou omissões que contradizem seus valores. Foi posteriormente descrito em outras profissões da área da saúde⁹⁻¹². Diversos fatores a ele associados têm sido observados e têm sido relacionados a consequências importantes, dentre as quais se destacam: o tratamento despersonalizado, a crise vocacional, o abandono ou a mudança de funções e sua contribuição para a exaustão ou burnout de profissionais, o que ficou mais evidente durante a pandemia da covid-19¹³⁻¹⁵.

Os estudos de SM em estudantes de medicina são escassos e talvez mais complexos, uma vez que a abordagem dessa temática deve incluir fatores ligados às hierarquias acadêmicas e aos vínculos entre as pessoas¹⁶. Particularmente no âmbito

latino-americano, há pouquíssima informação, e, por sua vez, não se sabe como o SM impacta o ensino do profissionalismo e da bioética. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi determinar se o SM existe nos estudantes de medicina de universidades chilenas e quais são os principais fatores predisponentes.

Método

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, não experimental e misto (quantitativo e qualitativo) durante os meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021. Foram convidados a participar todos os alunos do 7º ano que concluíram o *internado* médico em 2019 nas Universidades de Valparaíso, Chile, Austral e Católica do Norte. A escolha foi baseada na conveniência e buscou representar diferentes regiões do país (região norte, centro e sul). Este estudo foi autorizado e apoiado por escrito pelos diretores das faculdades de medicina participantes ou por seus representantes. Realizou-se uma pesquisa eletrônica, inspirada em alguns dos fatores associados ao SM descritos na literatura¹⁷⁻²².

Em estudantes de medicina, o SM tem sido explorado principalmente por métodos qualitativos e, menos frequentemente, por meio de questionários e medições quantitativas. No nosso caso, um estudo de 2007 da Universidade Vanderbilt inspirou parcialmente algumas das questões que aparecem no instrumento que usamos¹⁷. Além das informações acima, foram adicionados dados coletados no Laboratório de Medicina Narrativa da Universidade de Valparaíso.

Trata-se de uma análise de material de escrita reflexiva que estudantes de medicina vêm realizando desde 2017. Nessa análise, observou-se a presença de SM, em diferentes descrições, bem como a forma como os alunos vivenciam o sofrimento. A partir dessas informações, elaborou-se um questionário sobre SM, composto por 34 itens ou questões, que eram respondidos de acordo com uma escala Likert de 1 a 5.

Entre as pontuações de 2 a 5, considerou-se a opção de registrar se o sofrimento moral vivenciado era leve, moderado ou severo. O instrumento foi testado com alunos do 6º ano, foram realizadas correções de linguagem e estilo das perguntas e, posteriormente, ele foi divulgado de forma eletrônica para

os e-mails dos participantes usando a plataforma QuestionPro®. Os participantes foram voluntários e assinaram um termo de consentimento informado para o estudo, presente no início do formulário, após uma breve explicação do conceito de sofrimento moral. Foi feita uma análise de dados quantitativos usando o *software* Jamovi, versão 2021.

Após a coleta de dados, realizou-se uma análise descritiva, a partir da qual se obtiveram percentuais e frequências em cada uma das questões, o que está demonstrado nas Tabelas 1, 2 e 3. A seção qualitativa incluiu uma questão aberta que permitia ao aluno descrever fontes de SM ausentes no instrumento.

Resultados

Foram enviados 361 formulários de pesquisa e registrados 56 envios concluídos (taxa de resposta de 15,5%). Desse total, 59% eram mulheres (n=33) e 41%, homens (n=23). A idade média dos participantes era de 25 anos. As Tabelas 1, 2 e 3 agrupam os resultados organizados de acordo com as fontes de SM; para uma didática de apresentação, as opções “nunca” e “quase nunca” foram agrupadas em uma,

e os mesmos critérios foram aplicados a “frequente” e “muito frequente”. A Tabela 1 agrupa as fontes de SM que os alunos vivenciam no trabalho em equipe, a Tabela 2 mostra os resultados de SM que emergem dos comportamentos dos próprios alunos, e a Tabela 3 mostra o SM vivenciado devido à falta de recursos ou associado a temas inerentes às instituições de saúde. Em relação ao SM que surge no trabalho em equipes de saúde (Tabela 1), a maior frequência percebida pelos alunos foi associada à assinatura do termo de consentimento informado por seus pacientes, sem que eles compreendessem completamente o procedimento ou a cirurgia a que seriam submetidos (58,9%).

A Tabela 2 mostra o SM associado aos comportamentos dos próprios alunos. Cabe destacar que o item mais frequentemente observado foi “durante minha rodada de estágio fiquei sabendo que um(a) colega foi maltratado(a) por um tutor e fiquei em silêncio” (26,7%).

A Tabela 3 mostra o SM relacionado aos fatores próprios da instituição, incluindo a disponibilidade de recursos. A maior frequência de SM foi: “lidei com um(a) paciente cuja doença estava avançada, dado que não teve acesso a cuidados de saúde em tempo oportuno” (58,9%).

Tabela 1. Sofrimento moral relacionado ao trabalho em equipes de saúde

Itens da pesquisa	Nunca e quase nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frequente e muito frequente N (%)
1. Durante meu estágio, membros de minha equipe falaram mal de outros grupos de médicos de outros serviços.	6 (10,7)	23 (41,1)	27 (48,2)
2. Durante meu estágio, um membro de minha equipe cometeu um erro médico, e eu não disse nada.	26 (46,4)	24 (42,9)	6 (10,7)
3. Durante meu estágio, um membro da equipe fez comentários depreciativos sobre uma(um) paciente.	13 (23,2)	26 (46,4)	17 (30,3)
4. Em minha equipe de trabalho, um membro foi desrespeitosa(o) com um colega de nível inferior.	20 (35,7)	21 (37,5)	15 (26,8)
5. Um membro da equipe de trabalho foi desrespeitosa(o) com o pessoal de saúde não médico.	31 (55,3)	22 (39,3)	3 (5,5)
6. O(a) residente e/ou médico que estava tratando o(a) paciente comigo não respondia às perguntas deste(a) adequadamente ou simplesmente não o fazia.	21 (37,5)	19 (33,9)	17 (30,3)
7. Durante uma de minhas rodadas de estágio, fui desqualificada(o) em público pelo meu tutor.	32 (57,1)	19 (33,9)	5 (8,9)
8. Um dos membros do grupo de trabalho (enfermeira, técnico de enfermagem de nível superior, residente, etc.) fez comentários inapropriados sobre minha experiência para realizar um procedimento.	35 (62,5)	13 (23,2)	8 (14,3)

continua...

Tabela 1. Continuação

Itens da pesquisa	Nunca e quase nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frequente e muito frequente N (%)
9. Ao cuidar de um(a) de meus (minhas) pacientes, notei uma falta de colaboração na equipe de trabalho, e isso influenciou na recuperação do paciente.	21 (37,5)	28 (50)	7 (12,5)
10. Um(a) de meus (minhas) pacientes não recebeu tratamento adequado porque era estigmatizado(a) por questões sociais ou por outras condições (abuso de drogas, alcoolismo, HIV, situação de rua, etc.).	40 (71,4)	11 (19,6)	5 (8,9)
11. Acredito que um(a) de meus (minhas) pacientes não entendeu realmente do que se tratava o procedimento/cirurgia a que seria submetido(a), mesmo tendo aceitado e assinado o consentimento.	10 (17,9)	13 (23,2)	33 (58,9)
12. Muitas pessoas estavam envolvidas no cuidado de um(a) de meus (minhas) pacientes e, como seus papéis não estavam claros, isso causou confusão para o paciente e/ou família.	28 (50)	15 (26,8)	13 (23,2)
13. A equipe que atendia um(a) de meus (minhas) pacientes realizou tratamentos que considero inadequados, por falta de reflexão ou por pouca discussão dos casos entre eles.	36 (64,2)	16 (28,6)	4 (7,1)
14. Durante minha rodada de estágio, houve atendimentos inadequados ou abaixo do ideal devido ao excesso de trabalho e ao cansaço da equipe.	15 (26,8)	22 (39,3)	19 (33,9)
15. Atendi um(a) paciente que sentia muita dor e acredito que não foi feito todo o possível para aliviar seu sofrimento adequadamente.	22 (39,3)	23 (41,1)	11 (19,6)
16. Em meu grupo de trabalho, um membro da equipe continuou tratando um(a) paciente, a pedido da família, embora eu acreditasse que isso apenas prolongaria o sofrimento do paciente.	42 (75)	10 (17,9)	4 (7,1)
17. Em um caso que atendemos, negamos informações ao(à) paciente a pedido da família.	47 (83,9)	8 (14,3)	1 (1,8)
18. Atendi um(a) paciente que se submeteu a exames ou procedimentos a pedido da família, mesmo sem indicação, por medo de uma ação judicial.	45 (80,3)	9 (16,1)	2 (3,6)

Tabela 2. Sofrimento moral relacionado ao comportamento dos próprios alunos

Itens da pesquisa	Nunca e quase nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frequente e muito frequente N (%)
19. Fiz comentários depreciativos sobre um(a) paciente para outras pessoas.	49 (87,5)	6 (10,7)	1 (1,8)
20. Participei de conversas em que se falava mal de outros serviços do hospital onde eu trabalhava.	34 (60,7)	20 (35,7)	2 (3,6)
21. Oculte informações do(a) paciente porque senti que não fazia sentido compartilhá-las com a equipe.	36 (64,3)	14 (25,0)	6 (10,7)
22. Durante minha rodada de estágio, descobri que um(a) colega foi maltratado(a) por um tutor e fiquei em silêncio.	32 (57,1)	8 (14,3)	16 (26,7)
23. Em meu caso, senti que não estava realmente qualificado para realizar um procedimento em um(a) paciente, mas minha equipe insistiu que eu o fizesse.	21 (37,5)	10 (17,9)	5 (8,9)

continua...

Tabela 2. Continuação

Itens da pesquisa	Nunca e quase nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frequente e muito frequente N (%)
24. Durante minha rodada de estágio, realizei testes ou procedimentos em pacientes que, embora consentissem, eu duvidava da capacidade deles de tomar essa decisão naquele momento.	41 (73,2)	9 (16,1)	6 (10,7)
25. Senti que um procedimento realizado em um(a) de meus (minhas) pacientes não era seguro para ele ou ela, e que poderiam ter sido tomadas precauções melhores para cuidar dele ou dela.	44 (78,8)	11 (19,6)	1 (1,8)
26. Precisei dar más notícias à família de um(a) paciente e pensei que essa fosse responsabilidade do(a) médico(a) assistente.	37 (66,0)	13 (23,3)	6 (10,7)

Tabela 3. Sofrimento moral relacionado à instituição (recursos)

Itens da pesquisa	Nunca e quase nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frequente e muito frequente N (%)
27. Lidei com um(a) paciente cuja doença estava avançada, dado que não teve acesso a cuidados de saúde em tempo oportuno.	7 (12,5)	17 (30,4)	33 (58,9)
28. Os atrasos nas entregas de exames laboratoriais e de imagem impactaram negativamente os cuidados de um(a) de meus pacientes.	18 (32,1)	20 (35,7)	18 (32,1)
29. Tratei de um(a) paciente, e não tentamos fazer nada para corrigir sua condição social, o que era extremamente importante para seu prognóstico.	21 (37,5)	18 (32,1)	17 (30,4)
30. Um(a) de meus (minhas) pacientes não recebeu um tratamento adequado devido a problemas com sua previdência e/ou cobertura de saúde.	27 (48,2)	16 (28,6)	13 (23,8)
31. Durante minha rodada de estágio, um(a) paciente não foi tratado(a) adequadamente devido à falta de recursos no local onde estávamos.	19 (33,9%)	23 (41,1)	14 (25)
32. Um(a) paciente recebeu alta precocemente, e eu acreditava que isso não era adequado porque ninguém poderia realmente cuidar bem dele(a) em sua casa.	33 (58,9)	17 (30,4)	8 (14,3)
33. Eu me senti desconfortável em meu relacionamento com um(a) paciente de quem eu estava cuidando ou que estava em meu ambiente porque não havia condições adequadas de privacidade para ele (ela).	10 (17,9)	27 (48,2)	19 (33,9)
34. Um(a) paciente que eu atendia não recebeu cuidados adequados devido a barreiras linguísticas.	34 (60,7)	14 (25)	8 (14,3)

Em relação à intensidade do sofrimento moral percebido pelos alunos, os itens com maior valor foram: 1) “em uma de minhas rodadas de estágio fui desqualificado(a) em público por meu tutor” (84,8%); 2) “em minha equipe de trabalho, um membro foi desrespeitoso(a) com um colega de nível hierárquico inferior” (76,92%); e 3) “atendi

um(a) paciente que estava sentindo muita dor e acredito que não foi feito tudo o possível para aliviar seu sofrimento de forma adequada” (75%).

Na análise da questão aberta (dados qualitativos), surgem novas fontes vinculadas ao SM dos alunos: hierarquias na educação médica; e machismo e misoginia.

Hierarquias na educação médica

Os alunos se referiram à subordinação hierárquica que torna complexa a tomada de decisões e à possibilidade de explicitar situações e decisões clínicas com as quais não concordam. Por exemplo, um participante expressou:

“Vivenciei isso frequentemente, comentar ou sugerir uma conduta que acredito ser a melhor para um paciente, e minha opinião não era levada em consideração, e eu não recebia uma explicação do porquê. (...) é comum estar acompanhando um médico em um atendimento e sentir que ele poderia explicar melhor ao paciente ou dar outra solução, entre outras coisas, e sinto que não posso, por questões de hierarquia, sinto que se eu falar atrapalharei o atendimento do médico”.

Machismo e misoginia

Sobre esse tema, uma aluna revela:

“muitas vezes me deparei com situações machistas em que a paciente, minhas colegas ou eu fomos menosprezadas por sermos mulheres; e não pude dizer ou fazer nada porque estou no nível mais baixo da hierarquia médica”.

Discussão

Os resultados mostram que o SM se expressa de forma transversal na formação médica, uma vez que é observado nos alunos de todas as faculdades de medicina analisadas. A maioria das fontes de SM observadas neste estudo aborda a relação clínica, e é aí que se reportam, por sua vez, as frequências mais elevadas de SM, o que está em consonância com a literatura^{17,23,24}.

Quanto à relação clínica, a principal fonte de SM neste estudo foi a maneira inadequada como o consentimento informado foi obtido. Isso deveria começar com comunicação e compreensão adequadas das necessidades clínicas e/ou procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, com o objetivo de garantir cuidados de saúde consentidos e pactuados. O que se observou no estudo é, majoritariamente, contrário aos princípios atualmente recomendados para as práticas clínicas e a educação médica modernas, que nos últimos anos têm enfatizado o valor da autonomia²⁵.

Essa observação permite dar conta de uma necessidade já levantada na literatura, visto que não se trata apenas de ensinar, em bioética, mas também de realizar um processo de consentimento informado; para os educadores trata-se de ser bem explícito sobre a necessidade de supervisionar que essas tarefas, no caso de serem delegadas, atendam à preservação de direitos e à confidencialidade dos pacientes²⁶.

Diante das atuais condições de trabalho nos sistemas sanitários, que enfrentam altas demandas assistenciais, a delegação do consentimento informado a um aluno por um superior hierárquico pode gerar dificuldades para o primeiro, se ele se sentir incapaz para realizar essa tarefa — seja por achar-se incompetente, seja pela complexidade do caso —, poderá não reconhecê-la como sua responsabilidade. Isso o colocará diante do dilema de informar seus superiores ou recusar-se a realizá-lo, situação que pode resultar em SM. Este estudo está em linha com outros trabalhos ao constatar que as questões relacionais estão vinculadas aos pacientes, entre componentes da equipe de saúde ou dependentes de hierarquias acadêmicas na clínica, embora não sejam frequentemente expressas e sejam percebidas como fontes de grande sofrimento moral^{24,27}.

A formação médica e os princípios de profissionalismo nos quais ela se enquadra buscam cumprir o mandato tácito da sociedade: que seus alunos consigam agir com assertividade moral. O objetivo é que eles aprendam a trabalhar com os pacientes, fazendo-o em estreita colaboração com uma equipe, muitas vezes interdisciplinar, respeitando a dignidade da pessoa doente, assim como a de todos os profissionais que participam desses contextos. Isso contribui para fornecer cuidados seguros e de boa qualidade. Em suma, espera-se que os profissionais e estudantes da saúde ajam com integridade. Esses resultados mostram que, enquanto aprendem a “ser médicos”, os alunos vivenciam o SM, e essas situações podem afetar sua integridade como indivíduos, levando-os a enfrentar dilemas profissionais e éticos.

Os julgamentos morais sobre uma ação derivam da posição estabelecida por um conjunto de valores estimados. Eles geralmente estão ligados a preocupações humanas universais, como a liberdade, a justiça, a dignidade, entre outras, e surgiram de indivíduos e sociedades que se perguntam como

e por que devemos considerá-los e ponderá-los. De fato, eles têm motivado discussões profundas entre filósofos, teólogos, historiadores e psicólogos durante séculos²⁸. Talvez seja por isso que uma questão como a do item 7, “em uma de minhas rodadas de estágio fui desqualificado em público por meu tutor”, que não apresenta uma frequência elevada (8,9%, frequente ou muito frequente), gera a percepção de sofrimento moral severo nos alunos (84,8%). Em nossa hipótese, uma desqualificação em público é percebida como uma afronta à dignidade humana.

As hierarquias na medicina

As instituições de saúde e educação constituem uma forma de organização de poder que estratifica os indivíduos com base nos recursos sociais considerados valiosos. A medicina, em ambas as esferas, é um contexto social altamente organizado, em que o trabalho e a aprendizagem se combinam, interagem e se alimentam mutuamente, influenciados ao mesmo tempo pelo poder social e pela hierarquia²⁹.

Este estudo nos permite visualizar fontes de SM relacionadas a essas hierarquias, que se expressam em dificuldades de comunicação aberta quando uma desvantagem é percebida, reprimindo essas experiências e afetando sua capacidade de autonomia. Dessa forma, a conceituação de hierarquia se torna muito necessária, pois explicita um tema que auxilia na compreensão das vivências dos estudantes de medicina.

Da perspectiva do aluno, ele está subordinado ao poder de diferentes atores, como residentes

médicos, tutores em campos clínicos e até mesmo outros profissionais de saúde, podendo haver sobreposições entre eles, o que gera desde situações minimamente complexas e fáceis de remediar até situações incompreensíveis, que oscilam entre o opressivo e o nocivo, o produtivo e o útil.

O poder permitiria moldar o comportamento humano, e reconhecer a atuação para o bem ou para o mal permitiria às instituições de ensino desenvolver propostas que não limitassem o desenvolvimento natural e esperado dos estudantes, tornando-os profissionais competentes e pessoas que, em decorrência da formação superior, alcançaram algum grau de crescimento pessoal³⁰. Por fim, destacamos a presença da discriminação de gênero, que afeta estudantes da área da saúde e se apresenta como um tema emergente neste estudo, que precisaria de uma análise mais ampla e aprofundada.

Considerações finais

Os resultados deste estudo evidenciam que o SM existe entre os residentes de medicina em algumas universidades chilenas. Ele se origina principalmente no que diz respeito a situações relacionais com seus pares e docentes, a questões relacionadas ao seu próprio comportamento por ação ou omissão, e a fatores relacionados ao ambiente em que os estudantes atuam.

O processo de obtenção de consentimento informado válido levanta uma reflexão crítica para a formação médica e as tutorias clínicas, além de explorar o papel das hierarquias no sofrimento moral dos estudantes de medicina.

Referências

1. Karches KE, Sulmasy DP. Justice, courage, and truthfulness: virtues that medical trainees can and must learn. *Fam Med* [Internet]. 2016 [acesso 16 jan 2025];48(7):511-6. Disponível: <https://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol48Issue7/Karches511>
2. Camps V. La excelencia en la profesiones sanitarias. *Humanitas, humanidades médicas* [Internet]. 2007 [acesso 16 jan 2025];21:1-13. Disponível: https://fundacionletamendi.com/revista_humanitas_pdf/TM21.pdf
3. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach* [Internet]. 2013 [acesso 16 jan 2025];10(4):242-5. DOI: 10.1111/tct.12014
4. Benbassat J. Changes in wellbeing and professional values among medical undergraduate students: a narrative review of the literature. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* [Internet]. 2014 [acesso 16 jan 2025];19(4):597-610. DOI: 10.1007/s10459-014-9500-1

5. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007 [acesso 16 jan 2025];22(2):177-83. DOI: 10.1007/s11606-006-0039-6
6. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007 [acesso 16 jan 2025];22(10):1434-8. DOI: 10.1007/s11606-007-0298-x
7. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019 [acesso 16 jan 2025];26(3):646-62. DOI: 10.1177/0969733017724354
8. Wong AMF. Beyond burnout: looking deeply into physician distress. *Can J Ophthalmol* [Internet]. 2020 [acesso 16 jan 2025];55(3 suppl 1):7-16. DOI: 10.1016/j.jcjo.2020.01.014
9. Aultman J, Wurzel R. Recognizing and alleviating moral distress among obstetrics and gynecology residents. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2014 [acesso 16 jan 2025];6(3):457-62. DOI: 10.4300/JGME-D-13-00256.1
10. Watts T, Sydor A, Whybrow D, Temeng E, Hewitt R, Pattinson R *et al.* Registered nurses' and nursing students' perspectives on moral distress and its effects: a mixed-methods systematic review and thematic synthesis. *Nurs Open* [Internet]. 2023 [acesso 16 jan 2025];10(9):6014-32. DOI: 10.1002/nop2.1913
11. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research* [Internet]. 2012 [acesso 16 jan 2025];3(2):1-9. DOI: 10.1080/21507716.2011.652337
12. Santos Junior NC, Arpini Miguel ER, Martins Coelho ICM, Esteves RZ. Moral distress among physicians working in pediatric intensive care. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2024 [acesso 16 jan 2025];32(2):1-7. DOI: 10.1590/1983-803420243623ES
13. Čartolovni A, Stolt M, Scott PA, Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: a scoping review and discussion. *Nurs Ethics* [Internet]. 2021 [acesso 16 jan 2025];28(5):590-602. DOI: 10.1177/0969733020966776
14. Riedel PL, Kreh A, Kulcar V, Lieber A, Juen B. A scoping review of moral stressors, moral distress and moral injury in healthcare workers during covid-19. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [acesso 16 jan 2025];19(3):1666. DOI: 10.3390/ijerph19031666
15. Thibodeau PS, Nash A, Greenfield JC, Bellamy JL. The Association of moral injury and healthcare clinicians' wellbeing: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [acesso 16 jan 2025];20(13):6300. DOI: 10.3390/ijerph20136300
16. Vanstone M, Grierson L. Thinking about social power and hierarchy in medical education. *Med Educ* [Internet]. 2022 [acesso 16 jan 2025];56(1):91-7. DOI: 10.1111/medu.14659
17. Wiggleson C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O'Gorman ML. Medical students' experiences of moral distress: development of a web-based survey. *Acad Med* [Internet]. 2010 [acesso 16 jan 2025];85(1):111-7. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c4782b
18. Thurn T, Anneser J. Medical students' experiences of moral distress in end-of-life care. *J Palliat Med* [Internet]. 2020 [acesso 16 jan 2025];23(1):116-20. DOI: 10.1089/jpm.2019.0049
19. Schrepel C, Jauregui J, Brown A, Shandro J, Strote J. Navigating cognitive dissonance: a qualitative content analysis exploring medical students' experiences of moral distress in the emergency department. *AEM Educ Train* [Internet]. 2019 [acesso 16 jan 2025];3(4):331-9. DOI: 10.1002/aet2.10380
20. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* [Internet]. 2001 [acesso 16 jan 2025];33(2):250-6. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x
21. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res* [Internet]. 2012 [acesso 16 jan 2025];3(2):1-9. DOI: 10.1080/21507716.2011.652337
22. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empir Bioeth* [Internet]. 2019 [acesso 16 jan 2025];10(2):113-24. DOI: 10.1080/23294515.2019.1586008

23. Cho C, Ko WYK, Ngan OMY, Wong WT. Exploring professionalism dilemma and moral distress through medical students' eyes: a mixed-method study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [acesso 16 jan 2025];19(17):10487. DOI: 10.3390/ijerph191710487
24. Ong RSR, Wong RSM, Chee RCH, Quek CWN, Burla N, Loh CYL *et al.* A systematic scoping review moral distress amongst medical students. *BMC Med Educ* [Internet]. 2022 [acesso 16 jan 2025];22(1):466. DOI: 10.1186/S12909-022-03515-3
25. Grady C. Enduring and emerging challenges of informed consent. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [acesso 16 jan 2025];372(9):855-62. DOI: 10.1056/NEJMr1411250
26. Kaliszewski K, Makles S, Frątczak A, Kisiel M, Lipska P, Stebel A. Patient perceptions of medical students' involvement in clinical classes: a cross-sectional survey. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2024 [acesso 16 jan 2025];18:301-13. DOI: 10.2147/PPA.S444797
27. Berger JT. Moral distress in medical education and training. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2014 [acesso 16 jan 2025];29(2):395-8. DOI: 10.1007/s11606-013-2665-0
28. Cortina A. Para qué sirve realmente la ética. Barcelona: Editorial Planeta; 2013.
29. Vanstone M, Grierson L. Thinking about social power and hierarchy in medical education. *Med Educ* [Internet]. 2022 [acesso 16 jan 2025];56(1):91-7. DOI: 10.1111/medu.14659
30. Hasty C, Maner JK. Power, status, and social judgment. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2020 [acesso 16 jan 2025];33:1-5. DOI: 10.1016/j.copsyc.2019.06.007

Pamela Jofré – Mestre – pamela.jofre@uv.cl

 0000-0002-0787-1867

Rodrigo Vergara – Mestre – rodrigo.vergara@uv.cl

 0009-0008-8860-5050

Thelma Suau – Mestre – thelmasuau@gmail.com

 0009-0004-2985-8956

Jaime Bastidas – Mestre – jbastidas@ucn.cl

 0009-0003-5384-4274

Diego de la Barra – Mestre – diegodelabarra@gmail.com

 0009-0007-6759-7410

Sofia P. Salas – Graduada – sofiasalas@udd.cl

 0000-0002-7865-291X

Correspondência

Pamela Jofré – Universidad de Valparaíso/Escuela de Medicina. Angamos, 655, Edificio R3, sala 11. Código Postal: 2540064. Viña del Mar, Chile.

Participação dos autores

Pamela Jofré propôs a ideia da pesquisa como parte de sua dissertação de mestrado em bioética, compilou informações bibliográficas, desenvolveu o protocolo, recrutou pesquisadores colaboradores, redigiu o corpo principal do artigo e conduziu discussões e reflexões. Rodrigo Vergara participou das discussões da pesquisa e do recrutamento de universidades, da revisão do manuscrito, da elaboração de discussões e da revisão de estilo. Thelma Suau colaborou com o recrutamento da amostra e a revisão do manuscrito. Jaime Bastidas contribuiu para o recrutamento da amostra e a revisão do manuscrito. Diego de la Barra participou do recrutamento da amostra e da revisão do manuscrito. Sofia Salas contribuiu para a elaboração do protocolo de pesquisa, a revisão da redação e do estilo do manuscrito e participou das discussões e reflexões finais.

Editora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 6.7.2024

Revisado: 16.1.2025

Aprovado: 6.2.2025