

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

**Faculdade de Medicina Veterinária Curso de Pós-graduação Stricto Sensu
Mestrado em Medicina Veterinária e Bem-estar Animal**

Renata Bottura

**A EUTANÁSIA E SEUS IMPACTOS NOS MÉDICOS VETERINÁRIOS DA CLÍNICA
DE PEQUENOS ANIMAIS**

São Paulo

2021

Renata Bottura

**A EUTANÁSIA E SEUS IMPACTOS NOS MÉDICOS VETERINÁRIOS DA CLÍNICA
DE PEQUENOS ANIMAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina Veterinária e Bem-estar Animal.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Cortez

São Paulo

2021

619

B768e Bottura, Renata

A eutanásia e seus impactos nos médicos veterinários da clínica de pequenos animais / Renata Bottura. – São Paulo, 2021.

112 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária e Bem-Estar Animal)
- Universidade Santo Amaro, 2021.

Orientador: Prof. Dr^a. Adriana Cortez.

1. Eutanásia. 2. Medicina veterinária. 3. Síndrome de burnout. 4. Fadiga por compaixão. 5. Bem estar animal. I. Cortez, Adriana, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Elaborada por Maria Lucélia S. Miranda – CRB 8 / 7177

Renata Bottura

**A EUTANÁSIA E SEUS IMPACTOS NOS MÉDICOS VETERINÁRIOS DA CLÍNICA
DE PEQUENOS ANIMAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina Veterinária.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Cortez

São Paulo, 16 de Dezembro de 2021

Banca Examinadora

Prof.(a)Dr.(a) Adriana Cortez

Prof.(a)Dr.(a) Jonas Moraes Filho

Prof.(a)Dr.(a) Evelise Oliveira Telles

Conceito Final: _____

AGRADECIMENTOS

À vida, que continua me levando onde preciso estar, e sempre me assegurando que esteja cercada pelas melhores pessoas.

À minha família, que fez de mim o que sou hoje, e entre tudo, me ensinou a lutar com as armas corretas, pelas causas que são merecidas. Minha avó Maria e minha mãe Isaura não poderiam ter feito melhor por mim, mesmo com todos os percalços no meio do caminho. Se cheguei até aqui, devo a elas!!!

A todos os professores que tive o prazer de conhecer ao longo da graduação do curso de Medicina Veterinária, e agora no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu mais uma vez compartilham seus conhecimentos: tive a sorte de conhecê-los e tê-los em minha jornada.

Em especial à professora Dra. Adriana Cortez, que com seus “métodos psicanalíticos” de ser, sabe transmitir sabedoria, confiança, e sempre acreditou que eu fosse capaz de conduzir este projeto. Serei sempre grata por ser sua aluna, antes e agora.

Ao Prof. Dr. Bruno A. Miotto, por sua colaboração fundamental com as análises estatísticas.

Aos meus bichanos, que no meu convívio diário do amor que eles proporcionam me lembram porque acordo e me levanto todos os dias para tentar fazer algo que possa deixar a vida um pouco melhor para todos os outros animais e as pessoas que convivem com eles, nesse mundo que habitamos.

RESUMO

O estreitamento das relações entre o ser humano e seus animais de estimação, mais nitidamente cães e gatos, afetou sobremaneira o modo como estes são percebidos lares adentro, sendo considerados atualmente como membros destas famílias. Tais mudanças causam impacto direto nos consultórios médicos veterinários, incluindo as expectativas do tutor em relação ao papel que o profissional deve cumprir na rotina. O que se tem visto na prática, conforme a literatura mostra, é o despreparo do profissional para lidar com estas demandas, criando espaço para o surgimento de situações repletas de dilemas morais e estresse moral, que ao longo do tempo podem culminar nos quadros de Síndrome de *Burnout* e Fadiga por Compaixão, além de depressão. Diversos são os fatores estressores apontados para esta realidade, e o objetivo deste trabalho foi avaliar a percepção dos médicos veterinários de São Paulo que atendem pequenos animais sobre a eutanásia na rotina, além da possível influência desta decisão no bem-estar de seus pacientes. Para tanto, foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória com levantamento bibliográfico que culminou no desenvolvimento de três capítulos, o último contendo os detalhamentos da pesquisa conduzida. Para esta, foi criado um questionário estruturado, de questões fechadas e múltipla escolha, buscando-se referência em instrumentos já validados, cujo preenchimento ocorreu na plataforma Google Docs. O público-alvo incluiu médicos veterinários do município de São Paulo que atuavam na clínica de pequenos animais com cadastro ativo no Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV), e que praticavam a eutanásia em sua rotina de trabalho – em animais doentes, saudáveis ou de laboratório. A divulgação da pesquisa ocorreu nas principais mídias sociais como *Facebook*, *Instagram*, *LinkedIn*, entre outros recursos. A análise estatística foi realizada no software R1 e foram considerados estatisticamente significativos os resultados com valor de p menor que 5%. Foi realizada a amostragem de conveniência perante a divulgação do link do questionário online nas referidas mídias sociais, e demais meios de comunicação. Foram respondidos 124 questionários, mas feitas as devidas exclusões, caracterizou-se um número final de 108. Os resultados mostram que para 44,44% da amostra a eutanásia é reconhecida como fator estressor, e como tal, pode afetar a tomada de decisão - feitas as associações estatísticas, 25% alteram a decisão clínica e 55,56% dos profissionais adiantam a realização do procedimento nestas condições. O estudo indicou também a associação estatística significativa sobre considerar ou não a eutanásia um fator estressante com 9 outros fatores presentes no questionário.

Palavras-chave: Eutanásia. Bem-estar animal. Medicina veterinária. Síndrome de *Burnout*. Fadiga por compaixão.

ABSTRACT

The closer relationship between human beings and their pets, more significantly dogs and cats, has greatly affected the way they are perceived within their homes, and are currently considered as members of these families. Such changes cause a direct impact inside the veterinary medical offices, including the owner's expectations regarding the role this professional must fulfill in the routine. What has been seen in practice, as literature shows, is the professional's lack of prepare to deal with these demands, making room for the emergence of situations of moral dilemmas and moral stress, which over time can culminate in *Burnout Syndrome* and *Compassion Fatigue*, in addition to depression. There are several stressors pointed out to this reality, and the aim of this study was to evaluate the perception of veterinarians in São Paulo who treat small animals, about euthanasia in their routine, and the possible influence of this decision on the wellbeing of their patients. For this purpose, an exploratory research was carried out with a bibliographic survey that culminated in the development of three chapters, the last one containing the details of the research carried out. A structured, closed-question, multiple-choice questionnaire was developed, referenced in already validated instruments, which was filled out on the Google Docs platform. The target audience included veterinarians from the city of São Paulo who worked in the small animal clinic with an active registration at the Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV), and who practiced euthanasia during their work routine - in sick, healthy animals or the ones used in research. The research was disclosed on the main social medias such as *Facebook*, *Instagram*, *LinkedIn*, among other resources. Statistical analysis was performed using the R1 software and results with p-value less than 5% were considered statistically significant. A convenience sampling was carried out in view of the online questionnaire link in the aforementioned social medias, and other means of communication. A total of 124 questionnaires were answered, but after the necessary exclusions were made, the final number of 108 was characterized. The results show that for 44.44% of the sample, euthanasia is recognized as a stressor, and as such, it can affect decision-making – after statistical associations, 25% change the clinical decision and 55.56% of the professionals advance carrying out the procedure under these conditions. The study also indicated a statistically significant association between considering euthanasia or not as a stressor with 9 other factors present in the questionnaire.

Keywords: Euthanasia. Animal welfare. Veterinary Medicine. *Burnout Syndrome*. *Compassion Fatigue*.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas.....	44
Tabela 2 – Estatística descritiva da variável quantitativa idade.....	50
Tabela 3 – Eutanásia como fator estressor.....	51
Tabela 4 – Alteração da decisão clínica.....	51
Tabela 5 – Eutanásia como fator estressor e decisão clínica.....	52
Tabela 6 – Fatores estressores associados à eutanásia como estressor.....	53
Tabela 7 – Decisão clínica de antecipação da eutanásia.....	58
Tabela 8 – Eutanásia como fator estressor e antecipação da decisão clínica....	58

Lista de Abreviaturas

AVMA	American Veterinary Medical Association
BSAVA	British Small Animal Veterinary Association
BVA	British Veterinary Association
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
Cebea	Comissão de Ética e Bem-Estar Animal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFMV	Conselho Federal de Medicina Veterinária
CRMV	Conselho Regional de Medicina Veterinária
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DVZ	Divisão de Vigilância de Zoonoses
ICAM	International Companion Animal Management Coalition
MBI	Maslach <i>Burnout</i> Inventory
OIE	Organização Mundial para a Saúde Animal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ProQOL-IV	Professional Quality of Life Scale
QPR	Question Persuade Refer Training
SI	Sistema de Informações sobre Mortalidade
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNISA	Universidade Santo Amaro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 A EUTANÁSIA NA MEDICINA VETERINÁRIA E OS IMPACTOS NA EQUIPE ...	12
2 DILEMAS E ESTRESSE MORAL EM RELAÇÃO À EUTANÁSIA NA ROTINA DO MÉDICO VETERINÁRIO	29
3 A PESQUISA “A EUTANÁSIA NO ATENDIMENTO DE PEQUENOS ANIMAIS E SEUS IMPACTOS NO BEM-ESTAR ANIMAL”	37
3.1 Objetivos	40
3.1.1 Objetivo Geral	41
3.1.2 Objetivo específico	41
3.2 Metodologia	41
3.2.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa	42
3.2.2 Estratégia de amostragem	43
3.2.3 Análise Estatística	43
3.3 Resultados	43
4 DISCUSSÃO	59
5 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A – Questionário	76
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
APÊNDICE C – Compilado Questão 11	82
ANEXO A – Relatório de Resultados	87
ANEXO B – Pareceres Consubstanciados do CEP	105

INTRODUÇÃO

A medicina veterinária tem, cada vez mais, conquistado espaço na área da Saúde (TATIBANA, 2009), com avanços nas terapias aplicadas aos animais e reconhecimento do mercado econômico (ABINPET, 2020). Podemos inferir que isto se deve tanto ao fato da população de animais/pets no país estar aumentando de modo relevante (IBGE, 2015), como da importância afetiva que os mesmos estão adquirindo dentro dos lares brasileiros, com as famílias agora denominadas “multiespécies” – aquelas que reconhecem ter como seus membros os humanos e os animais de estimação em convivência respeitosa (FARACO, 2008).

Em 2013, o número de cães nas casas brasileiras foi estimado em 52,2 milhões, ou seja, uma média de 1,8 cachorro/domicílio e a população felina em 22,1 milhões, com média de 1,9 gato/ domicílio (IBGE, 2015). A população total de animais no país, incluindo aves canoras e ornamentais, peixes ornamentais, cães, gatos e outros (pequenos mamíferos e répteis) beirava, em 2019, os 141,6 milhões de indivíduos - estes números colocam o Brasil em quarto lugar no ranking mundial no mercado de pequenos animais, ficando atrás somente dos Estados Unidos, China e Reino Unido (ABINPET, 2020).

Concomitantemente ao crescimento demográfico e de seu respectivo mercado econômico, surge um fenômeno social nas últimas três décadas, principalmente no ocidente, em que os animais de companhia conquistaram status de membros da família e um notável marco dessa mudança de paradigma foi a promulgação da Declaração Universal de Direitos dos Animais pela UNESCO em 15 de outubro de 1978, em Paris (FARACO, 2008).

A título ilustrativo, Paws e Claws (2001) realizaram um estudo descritivo por todo Canadá e concluíram que 83% dos entrevistados (de um total das 1.500 residências abordadas de modo aleatório, por telefone, em cidades com população igual ou superior a 50.000 famílias) que convivem com animais os consideravam membros da família e, desta população, 98% admite conversar com seus animais.

Faraco (2008), utilizando o conceito de configuração familiar multiespécie, sugere a existência de um sistema familiar emocional que seria constituído por membros da família estendida, por pessoas sem grau de parentesco e por animais de estimação; o vínculo entre os membros agora é constituído por laços emocionais e

não tão somente de sangue. A autora (FARACO, 2008) constrói sua tese no conceito em que o fundamento do social é o emocional e lembra que as emoções são propriedades inerentes ao reino animal.

Esta mudança de percepção, pelos tutores, acerca do papel que os animais de estimação representam lares adentro, gera uma série de alterações nas relações entre eles, equipe médica veterinária e os pacientes.

Por um lado, clientes que trazem consigo uma série de expectativas acerca do tratamento e demandas que esperam ser atendidas pelo médico veterinário, profissional responsável pelo mais novo membro da família e do outro, médicos veterinários que já possuem uma extensa gama de responsabilidades: com seus clientes, com seus colegas de trabalho, com sua própria profissão e questões da ordem de Saúde Pública e zoonoses, além dos cuidados com seus pacientes e toda a preocupação com o bem estar dos mesmos (MORGAN; MCDONALD, 2007).

Na prática clínica torna-se tarefa árdua conciliar tantos interesses distintos, principalmente em momentos críticos do tratamento, surgindo o que os autores denominam de dilemas morais (KIPPERMAN; MORRIS; ROLLIN, 2018). Estes são conflitos entre responsabilidades ou obrigações de valor moral de mesmo peso, quando o profissional encontra-se em uma situação em que ele se percebe sem condições de priorizar esta ou aquela responsabilidade, dada a importância de ambas (MORGAN; MCDONALD, 2007) e estas novas configurações nos relacionamentos acabam propiciando o surgimento de situações repletas dos referidos dilemas morais.

Isto leva os profissionais a refletirem sobre as motivações subjacentes na escolha do ofício, mesmo que de modo indireto, sobre ajudar animais ou tirar suas vidas, por exemplo – no caso da eutanásia (PERSSON, et al. 2020). Ademais, a situação exige que se distinga aquele profissional cujo modo de atendimento é centrado no paciente, bastante comum nos países europeus de língua alemã, ou que adota uma abordagem ética em que os interesses dos tutores e paciente possam ser devidamente levados em consideração – dinâmica esta característica dos Cuidados Paliativos, presente também na Medicina Veterinária (PERSSON et al., 2020).

Diante desta nova realidade, o médico veterinário assume os cuidados com o tratamento de seu paciente, mas também passa a ter que lidar com as respostas emocionais dos tutores: daí a sobrecarga de demandas não só práticas, mas também afetivas; entre tantas adaptações que essas novas configurações exigem, passa a

existir um impacto direto na decisão dos tutores e veterinários pela eutanásia (PULZ et al., 2011).

Segue uma revisão bibliográfica desta temática, antes da apresentação dos resultados, tendo como base de dados principal para consulta a Pubmed, além do Google acadêmico. O período compreendido foi de 2000 a 2021, utilizando-se de palavras-chave como: eutanásia, bem-estar animal, medicina veterinária, *burnout*, fadiga por compaixão, dilemas morais, estresse moral, sem restrição de idioma. Os resultados desta pesquisa na literatura estão elencados nos capítulos que se seguem.

O primeiro capítulo tece considerações gerais acerca da eutanásia, inclusive o que já se conhece dos impactos psicológicos gerados nas equipes médicas veterinárias, o que certamente inclui a discussão sobre as elevadas taxas de suicídio entre esta classe profissional, e os quadros de Síndrome de *Burnout* e Fadiga por Compaixão. O segundo irá discorrer sobre o problema dos dilemas éticos e estresse moral na Medicina Veterinária, e sua relação com a eutanásia em específico. Por último, o terceiro capítulo traz os detalhamentos da pesquisa “A eutanásia no atendimento de pequenos animais e seus impactos no Bem-estar Animal”, conduzida com os médicos veterinários da clínica de pequenos animais do município de São Paulo, uma tentativa de se conhecer um pouco da realidade brasileira, relacionando-a criticamente a todo material apresentado anteriormente.

1 A EUTANÁSIA NA MEDICINA VETERINÁRIA E OS IMPACTOS NA EQUIPE

A palavra “eutanásia” de origem grega, onde eu = bom e thanatos = morte (CFMV, 2012), trata de um procedimento legalizado e regulamentado na Medicina Veterinária pela resolução de nº 714 de 20.06.2002 pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV), atualizado em 2008, com a resolução CFMV de nº 876, e novamente em 2012, com a resolução CFMV de nº 1.000. Preconiza a morte sem dor, com o auxílio de procedimentos que a provoquem, que podem e devem ser sugeridos pelo profissional para evitar o sofrimento do paciente, quando o tratamento não mais estiver avançando – seja essa limitação da própria medicina, bem como do tutor, quando este se torna incapaz de promover os cuidados necessários ao paciente e o bem-estar do animal possa estar comprometido (PULZ et al., 2011; FELIX et al., 2013). O CFMV regulamenta que a eutanásia pode ser realizada: quando o animal constituir ameaça à Saúde Pública, risco à fauna nativa ou ao meio ambiente; quando o animal for objeto de ensino ou pesquisa; e por último, quando o tratamento representar custos incompatíveis com a atividade reprodutiva a que o animal se destina ou com os recursos financeiros do proprietário (considerando principalmente animais de produção) (CFMV, 2012).

A prática médica, incluindo a veterinária, reconhece ainda os demais procedimentos que se seguem: a distanásia, conceituada como a morte difícil, onde se utilizam procedimentos invasivos com o intuito de prolongar a vida biológica do paciente, muitas vezes, à custa de sua dignidade ou mesmo qualidade de vida – conhecida como “obstinação terapêutica”; a ortotanásia, na qual não ocorre o prolongamento da vida artificialmente, seja com a ressuscitação cardiopulmonar ou a ventilação mecânica – seria o mais próximo da “morte natural” e, por último, a mistanásia, que se refere à morte miserável dos excluídos, considerando os animais de rua que não têm acesso às condições básicas de sobrevivência pensando na alimentação e cuidados com a saúde, resultando em morte com sofrimento e prematuridade (FELIX et al., 2013; SOUZA et al., 2019).

Agostinho e Léga (2009) elencam que é de responsabilidade do médico veterinário, no momento de recomendar a eutanásia: demonstrar clara posição ética; avaliar a necessidade do procedimento e, conseqüentemente, como será executado, e por quais métodos; avaliar a cessação dos sinais vitais do animal, não delegando

esta tarefa a outra pessoa; e demonstrar segurança e falar claramente sobre o assunto com o cliente.

Entretanto, embora corriqueira e justificável na clínica, a prática da eutanásia na rotina médica não é livre de efeitos colaterais em todos os envolvidos, a depender do contexto e frequência em que é realizada (PERSSON et al., 2020). Em se tratando da equipe profissional podemos citar, entre tantos, a síndrome de *burnout* e a fadiga por compaixão e sintomas clássicos da depressão. O que se tem claro, até o presente momento, é a ambivalência que o tema desperta: se por um lado é um valioso instrumento de trabalho que médicos veterinários possuem para se utilizar em momentos críticos do tratamento de seus pacientes, diferentemente da medicina humana (com raras exceções de alguns países que aceitam a prática do suicídio assistido nos pacientes humanos, tais como Colômbia, Canadá, Suíça, Holanda, Bélgica, Luxemburgo, alguns estados americanos e um Australiano), pode também se tornar um grande fardo para o profissional, tamanha a responsabilidade em ter que decidir pela vida e morte de outrem (PERSSON et al., 2020).

Há que se notar que ao mesmo tempo em que a Medicina Veterinária conquista grandes avanços em relação ao reconhecimento do seu papel na sociedade, das tecnologias empregadas nos tratamentos e técnicas diagnósticas, bem como o empenho da indústria farmacêutica em formular produtos direcionados especificamente para este público, as pesquisas mais recentes mostram como a classe médica veterinária encontra dificuldades para lidar com todas essas mudanças, principalmente naquelas sofridas nas relações entre profissional, tutor e paciente. Esforços passaram a ser realizados com o intuito de se compreender os impactos emocionais gerados nestes profissionais diante destes novos contextos (ANDELA, 2020).

Baldwin e Bartram (2010) ressaltam que o índice de suicídio é maior na medicina veterinária do que em outras categorias profissionais, sendo até quatro vezes superiores aos da população geral, e duas vezes mais que as outras profissões – na população Inglesa e do País de Gales ao menos. O estudo aponta que o número absoluto de suicídios cometidos na população de cirurgiões veterinários britânicos é baixo graças à pequena parcela de profissionais desta categoria, mas os dados não deixam de ser alarmantes em termos de proporções e indicam que a categoria possui um risco aumentado para o suicídio se comparada com as demais profissões e a população em geral. Os fatores de risco incluídos são: depressão, abuso de álcool e

drogas, certos traços de personalidade e fatores ambientais tais como dificuldades crônicas e traumas sofridos ao longo da vida (BALDWIN; BARTRAM, 2010). Os autores encontraram dados similares nos Estados Unidos, em um estudo conduzido de 1947 a 1977 em que houve uma elevada mortalidade por suicídio para os veterinários do sexo masculino (1,7 vezes) em relação às outras causas, para aqueles que atuam na clínica de pequenos animais (3,6 vezes) e com uma alta proporção por autoenvenenamento por barbitúricos, comparados com a população em geral. Em um estudo separado na Califórnia, de 1995, o índice elevado de suicídio entre profissionais homens e mulheres foi de 2,5 e 5,9 vezes em relação à população em geral, respectivamente, principalmente entre aqueles profissionais com menos de 30 anos de formação acadêmica.

Na Noruega e Austrália, o quadro encontrado para os locais estudados foi muito semelhante, sendo a taxa de suicídio duas e quatro vezes maior que a da população geral, respectivamente (BALDWIN; BARTRAM, 2010).

Esses dados também foram corroborados na revisão sistemática de Platt et al. (2010), onde as evidências sugerem que a facilidade de acesso aos meios contribui de modo relevante para o elevado risco neste grupo ocupacional em específico, já que os métodos mais frequentemente utilizados, apontados na maioria dos trabalhos, são o autoenvenenamento e as armas de fogo – considerando, nesta profissão, os profissionais que possuem acesso a medicamentos controlados, como anestesiologistas, cirurgiões e clínicos gerais, e médicos veterinários que trabalham com animais de grande porte no segundo caso, onde costumeiramente no campo a posse de armas costuma ser frequente.

Parece haver evidências, contudo, de que algumas dessas alterações já podem ser vislumbradas nos estudantes de medicina veterinária, ao longo da graduação, como aponta um estudo de 2013 conduzido com alunos da Royal Veterinary College de Londres (MELLANBY, 2013). Mas ainda não está claro se existe de fato uma alta prevalência de morbidades psiquiátricas pré-existentes naqueles que escolhem esta profissão ou se elas se desenvolvem posteriormente. Estudos conduzidos nos Estados Unidos e Austrália demonstram alto nível percebido de estresse entre os estudantes de medicina veterinária, depressão e pressão em relação ao tempo se comparados com a população em geral, alunos de outros cursos de graduação e inclusive estudantes de medicina humana (CARDWELL et al., 2013), mas estes alunos não são os únicos a apresentarem baixos escores de saúde mental, já que

preocupações tais como desempenho em exames, estar afastados dos familiares e as dívidas recém-adquiridas são comuns aos demais universitários, por exemplo – há que se aprofundar nestas questões.

A realidade brasileira também começou a ser alvo de pesquisas. Como nos mostram Silva, Gomes e Silva (2020) atualmente são aproximadamente 137.657 médicos veterinários inscritos no CFMV, sendo cerca de oito mil profissionais formados por ano nos cursos cadastrados – que são 440 em todo o território brasileiro, representando um terço de todos os cursos de medicina veterinária registrados em todo o mundo. É possível assumir que trata-se de um mercado altamente competitivo, apesar do aumento das demandas em relação a esta categoria profissional por parte da sociedade, e que isto pode gerar impactos psicológicos nestes profissionais com o decorrer do tempo.

Sobre a questão dos suicídios em específico, Guimarães (2012) refere que ao estudar este tema, em conjunto com o aspecto ocupação, é necessário levar em consideração os fatores demográficos (sexo masculino ou feminino, se branco ou negro, idade, o status marital, entre outros), o estresse ocupacional, os meios facilitadores e a presença de doença mental. Em sua pesquisa realizada com dados do território brasileiro, no período compreendido de 2006 a 2009, a taxa média de suicídios na população brasileira foi de 4,0 suicídios a cada 100 mil habitantes. Após a padronização dos dados coletados na base de dados do Ministério da Saúde (DATASUS), por sexo e idade neste mesmo período incluindo a variável ocupação, entre as cinco profissões com as maiores taxas, a medicina veterinária obteve a taxa média de 10,81 suicídios/100 mil habitantes, ficando em primeiro lugar; em segundo, os policiais (10,80), em terceiro, os farmacêuticos (9,81), em quarto, os trabalhadores agrícolas (8,79) e em quinto, os dentistas (5,41). De modo geral, no país (em 2009) os três principais meios utilizados para o autoextermínio foram: o enforcamento (61%), a autointoxicação (15%) e o disparo por arma de fogo (11%). Isto na medicina veterinária adquire relevância pela facilidade do acesso aos meios, principalmente, em relação aos medicamentos controlados e armas de fogo, para aqueles profissionais que trabalham em áreas rurais por exemplo. Isto contraria a percepção geral de que são os trabalhadores de baixa ocupação ou com baixa escolaridade quem apresentam taxas maiores de suicídio do que os demais na população.

O estudo de indicadores de mortalidade voltados para grupos populacionais específicos permite direcionar ações de vigilância em saúde do trabalhador, o que,

por sua vez, permite inclusive a promoção de medidas preventivas que interferem no processo saúde-doença. Hang-Costa (2015) em seu estudo transversal com dados de mortalidade colhidos diretamente do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de janeiro de 2006 a dezembro de 2012, trouxe outros dados que merecem atenção sobre a realidade dos médicos veterinários brasileiros: feitas as exclusões necessárias, foram avaliadas 111 declarações de óbito de mulheres médicas veterinárias e 595 de homens médicos veterinários. Em relação aos óbitos provenientes de causas externas, 53,33% (n: 706) morreram por causa de acidentes de transporte, 14% por suicídio e 9,33% por agressões (em geral por meio de disparo de arma de fogo, na tentativa de resolver conflitos). Esta é sem dúvida uma realidade violenta, que precisa ser abordada para ser modificada. Sobre os suicídios, por exemplo, a AVMA – American Veterinary Medical Association, em conjunto com outras associações, desenvolveu uma ferramenta de treinamento online gratuita chamada “Question Persuade Refer training – QPR”, que ajuda o profissional a identificar em si e nos colegas os primeiros sinais de alerta de uma situação que pode levar ao suicídio – e daí, o que fazer diante deste quadro (SILVA; GOMES; SILVA, 2020).

Cabe lembrar que o assunto, independentemente das categorias profissionais mais acometidas, é uma das prioridades da Organização Mundial da Saúde (OMS), e em seu último relatório intitulado “Suicide Worldwide in 2019 – Global Health Estimates”, somos lembrados de que 703.000 pessoas morrem por ano no mundo todo, sendo uma das maiores causas de morte. Em 2019, a cada 100 mortes, uma (1,3%) foi por este motivo, dados retirados do Global Burden Of Disease 2019 Study, de 2.000 a 2.019 em locais com população maior que 90.000 habitantes. As diferenças locais devem ser respeitadas, com países em que as taxas variam de menos de duas mortes por 100.000 habitantes para mais de 80 por 100.000 habitantes; entretanto, de modo geral nesse período, mais homens tiraram suas vidas que mulheres (WHO, 2021).

A maioria das mortes ocorreu em países de baixa ou média renda (77%) e mais da metade dos casos (58%) antes dos 50 anos de idade. O conhecimento destes dados nos dá a oportunidade de estabelecer medidas de prevenção, principalmente para os grupos de maior risco, como é o caso entre os jovens de 15 a 29 anos de ambos os sexos, em que o suicídio é a quarta maior causa de morte – perdendo para os acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal (WHO, 2021).

Outro dado singular é que nas Américas mais homens cometem suicídio do que a média global masculina, e em relação ao aspecto financeiro relacionado, as mulheres apresentam as maiores taxas de suicídio nos países de baixa ou média renda, e os homens nos países de renda alta. Somente no Brasil, em 2.019, 14.540 pessoas cometeram suicídio (sendo 3.249 mulheres, e 11.291 homens), de todas as idades (WHO, 2021).

Algumas teorias podem tentar explicar as motivações subjacentes diante da ideação suicida, e todas envolvem componentes sociológicos, psiquiátricos, biológicos e psicológicos do indivíduo em questão.

De maneira sucinta, Baldwin e Bartram (2010) citam alguns modelos: a) o de “estresse-diátese” explica que o comportamento suicida se origina da interação entre eventos de vida estressores e uma predisposição individual – esta, por sua vez, o produto de fatores psicobiológicos, predisposição genética e eventos de vida anteriores, todos em constante participação, influenciando o modo como a pessoa percebe sua realidade atual; b) o “grito de dor” enquadra a tentativa de suicídio como o “grito” perante uma situação vivenciada como traumática, sendo que o sentimento resultante pode ser de derrota, perda e de que não há possibilidade de melhora ou solução para o problema vivido, e o indivíduo sente uma necessidade de escapar daquilo; c) um terceiro “modelo” compreende a ocupação em si e os riscos envolvidos em relação ao suicídio, o que abrange quatro categorias: demográfica (a composição dos profissionais que escolhem esta profissão), estresse ocupacional (relacionado à própria natureza do trabalho), morbidades psiquiátricas pré-existentes (o perfil psicológico do profissional que escolhe a profissão de médico veterinário) e fatores de oportunidade (oportunidades acessíveis para garantir acesso aos meios letais de suicídio).

O comportamento suicida também pode ser entendido como uma sucessão de continuums: de que não vale a pena viver, de como tirar a própria vida, o planejamento suicida, a tentativa suicida e o ato suicida finalmente. Sob outra perspectiva, todas estas fases do processo não são consideradas continuums, mas discretas categorias, cada uma com um fator de risco a ser considerado (BALDWIN; BARTRAM, 2010).

Um dos fatores que podem influenciar o índice de suicídio entre os veterinários, é o fácil acesso aos meios para se cometer suicídio, seja por arma de fogo ou alcance aos medicamentos. A atitude perante a morte e mesmo em relação à eutanásia também devem ser levados em consideração, pois a familiaridade com a morte pode

afetar o modo como percebem a própria finitude. Numa revisão, diversos estudos demonstram profissionais que passaram a ter atitudes mais favoráveis em relação à eutanásia de seres humanos, o suicídio assistido, e comportamento ou pensamentos suicidas. Trata-se da “teoria da dissonância cognitiva”, aquele desconforto psicológico que surge de pensamentos ou crenças conflitantes e que acaba motivando a mudança ou mesmo a aquisição de novos pensamentos e crenças para lidar com tal angústia. Na rotina médica, isto se traduz naquele profissional que jurou preservar a vida e se sente desconfortável diante de um paciente com uma moléstia grave sem perspectivas de melhoras, mas acaba fazendo ajustes nas suas atitudes em relação à vida para perceber a eutanásia como uma solução viável para todos os envolvidos (BALDWIN; BARTRAM, 2010).

Um estudo de caso americano conduzido em um abrigo com a política “kill” para os animais recebidos também ilustra de modo significativo a teoria descrita acima. Os esforços empregados para lidar com a realidade existente e o sofrimento psíquico dos envolvidos são demonstrados na cultura do abrigo, exposta nas falas colhidas dos questionários, com o claro intuito de dar algum significado ao trabalho realizado: o modo como os novatos são apresentados à nova realidade, e à tentativa de se encarar o procedimento como algo estritamente mecânico, momentaneamente; o esforço para perceber a conduta como um ato humano e amável, seja por evitar o sofrimento por alguma doença ou por uma vida que seria passada confinada por anos há espera de uma adoção; a tentativa de transferir a responsabilidade da morte para a sociedade que os descarta, pelos mais diversos motivos; dar um senso de “pertencimento” já que estes profissionais são frequentemente criticados pela sociedade, que não os compreende; e certa autonomia para os médicos veterinários decidirem, em alguns casos, quando adiar a realização do procedimento, e se fazer parte ou não do mesmo – e de que forma (ARLUKE, 1991).

A questão que se tem levantado, preocupante, é que esta mudança de posição perante a morte no trabalho, muitas vezes pode diminuir as inibições do indivíduo sobre perceber o suicídio como uma forma de solucionar um possível problema na esfera pessoal (BALDWIN; BARTRAM, 2010).

Não menos importante há o que se chama de “contaminação suicida”, ou seja, a exposição direta ou indireta de suicídio pode influenciar atitudes, aumentando a vulnerabilidade ao comportamento em questão. Aspectos cognitivos e traços de personalidade também são importantes preditores do comportamento suicida, e

questiona-se inclusive que a classe esteja particularmente mais exposta aos riscos devido às altas exigências acadêmicas, seja durante o período de seleção ou mesmo durante a graduação; genética e eventos de vida anteriores, além do mais, devem ser considerados em conjunto (BALDWIN; BARTRAM, 2010).

Quanto aos estressores relacionados ao trabalho, o número de horas trabalhadas, juntamente com o excesso de trabalho e a pressão exercida no profissional ainda parece ser as principais queixas apresentadas, aliadas ao receio de cometer erros ou sofrer processos por parte dos tutores (BARTRAM; YADERGARFAR; BALDWIN, 2009); o elevado débito estudantil, recém-graduados que costumam relatar a pesada carga de trabalho sem assistência e supervisão, o isolamento profissional e social e até falta de competência cirúrgica são alguns dos outros pontos citados. E mesmo que, ter que lidar com a morte natural de animais doentes e realizar eutanásia seja parte da profissão, um estudo realizado com cirurgiões veterinários ingleses de 1990, citado pelos autores, mostrou que estes tipos de situações podem provocar a curto e longo prazo reações emocionais significativas numa parcela substancial destes profissionais, fato este relevante para o possível surgimento do quadro de depressão (BALDWIN; BARTRAM, 2010).

Outros estudos preliminares também apontam algumas diferenças interessantes no quesito gênero. O sexo feminino apresenta maior nível de empatia emocional com os animais e geralmente são profissionais preocupadas com assuntos da ordem de bem-estar animal, e atribuem grande relevância ao vínculo homem-animal em contrapartida aos colegas do sexo masculino. Isto também se reflete nas diferenças entre as respostas emocionais destes profissionais perante o fracasso no tratamento, conduta de eutanásia e manejo de dor em pacientes (BALDWIN; BARTRAM, 2010).

Um estudo visando o conhecimento sobre bem-estar animal e eutanásia, conduzido entre setembro de 2016 e abril de 2017 com 84 cirurgiões veterinários Indianos e 49 de outras nacionalidades aponta que mesmo que a formação universitária tenha sido deficiente no tema em foco, uma única intervenção educacional direcionada, como a realizada no estudo em questão, é capaz de preencher as lacunas, melhorando o aporte técnico do profissional e novas ferramentas de trabalho. Um outro dado apresentado é que as atitudes e práticas dos médicos veterinários em relação à eutanásia variam de acordo com a cultura local e geografia. Para os hindus, as vacas são animais sagrados, portanto, eles se opõem à

prática da eutanásia sob qualquer circunstância; veterinários austríacos do sexo feminino ou que trabalham há pouco tempo como médico veterinário ou na clínica de pequenos animais têm maior probabilidade de recusar a eutanásia por conveniência (RAYNER et al., 2020).

O que tem se mostrado como uma constante ao longo dos trabalhos realizados, é o fato da eutanásia despontar como importante variável a ser considerada em se tratando dos impactos emocionais causados na classe médica veterinária (BALDWIN; BARTRAM, 2010; RAYNER et al., 2020; ARLUKE, 1991).

Rogelberget al. (2007), em um levantamento elaborado com profissionais de 36 abrigos americanos distribuídos em 20 estados, referem a necessidade de realização da eutanásia na rotina como uma fonte estressora específica – além das outras conhecidas, tais como dificuldades de relacionamentos com a clientela, longas jornadas de trabalho e sobrecarga, desequilíbrio entre vida pessoal e profissional. Como previsto inicialmente no estudo, o aumento nas taxas de eutanásia em cães tende a aumentar o turnover dos colaboradores nos abrigos, já que parece haver uma tendência maior da equipe a se envolver mais com estes animais nos cuidados do dia a dia, seja nos passeios ou ao exercitá-los, rotina diferente quando se trabalha com os felinos. Arluke (1994) considera o paradoxo conhecido como “caring-killing”, ou seja, o mesmo profissional que cuida do animal é o responsável pelo procedimento da eutanásia, quando necessário. Quando as taxas de eutanásia nestes abrigos aumentam, tende a aumentar as taxas de rotatividade entre a equipe, o que pode ser entendido como o desconforto perante a realidade que ali se apresenta – mesmo quando os cuidados preconizados são tomados, seja realizando o procedimento sem a presença de outro animal vivo na sala, em sala separada dos demais animais, com a retirada da sala do animal eutanasiado antes da entrada de outro animal vivo no ambiente e a capacitação prévia dos profissionais.

Destaca-se que boa parte dos trabalhos que abordam a eutanásia como fator estressor foram realizados com profissionais de abrigos que realizam a eutanásia em animais saudáveis (ARLUKE, 1991; ARLUKE, 1994; ROGELBERG et al., 2007) quando comparados àqueles realizados com profissionais que atuam em biotérios ou, menos comumente, clínicas veterinárias (ROHLF; BENNETT, 2005).

Evidências preliminares sugerem que os profissionais que cuidam dos animais e posteriormente são obrigados a realizar a eutanásia nestes mesmos indivíduos, sujeitos ao paradoxo “caring-killing” (ARLUKE, 1994), estão mais propensos a

desenvolver quadros de estresse pós-traumático, com sintomas como luto não resolvido, pressão alta, depressão, abuso de substâncias, dificuldade de concentração, pesadelos e outros distúrbios do sono e também irritabilidade (ROHLF; BENNETT, 2005). O quadro tende a ser cumulativo. Entretanto, se estes fatores de risco vão ou não favorecer o aparecimento do referido transtorno deve-se também ao contexto em que a eutanásia é realizada (se há afinidade com o animal, se este se apresenta doente ou saudável, como em casos de eutanásia por conveniência, por exemplo, se de abrigo ou sujeito de laboratório), a duração e o número de eventos, a natureza da exposição, e as atitudes do profissional e o suporte social recebido (ROHLF; BENNETT, 2005).

Rohlf e Bennett (2005) realizaram uma pesquisa em Melbourne, Austrália, com 148 participantes provenientes de clínicas veterinárias, abrigos e laboratórios. Aproximadamente 66% dos entrevistados responderam que um dos melhores aspectos em se trabalhar com animais era estar na presença deles ou poder ajudá-los e cuidar deles de alguma maneira. Esta relação maior de afeto, como sugere o paradoxo “caring-killing”, pode propiciar um aumento nas chances do desenvolvimento de transtornos psicológicos. Além disso, 45,3% dos entrevistados responderam que participar do procedimento da eutanásia é tido como o terceiro pior aspecto do trabalho – o primeiro sendo as condições aversivas do ambiente e o segundo, lidar com as dificuldades relacionadas aos tutores. Os escores relacionados ao estresse, apresentados pelos entrevistados, tendem a diminuir de acordo com o tempo gasto trabalhando com os animais, ou seja, a exposição ao estresse também fomenta estratégias de enfrentamento do indivíduo.

No trabalho realizado no Washington State University Veterinary Teaching Hospital, no período compreendido entre maio de 2002 a maio de 2003, avaliaram 151 questionários do corpo clínico, estudantes de medicina veterinária e os tutores que buscavam o serviço e passaram pelo procedimento. Segundo os autores, a comunicação ao longo de todo o processo da eutanásia pode fortalecer a relação entre clientes e equipe profissional – isto inclui uma detalhada explanação sobre o procedimento da eutanásia; as possíveis intercorrências com o paciente, sugerindo-se que se adote o hábito de ser oficialmente pronunciado morto e o tempo dado para a despedida do tutor e o que se espera do processo de luto. Entre nove itens elencados para identificar o que os entrevistados consideravam importante no processo da eutanásia do animal, o primeiro citado por todos os entrevistados foi em

relação à atitude compassiva e carinhosa que a equipe deve adotar com os clientes e o paciente; o item “o tutor deve ter a opção de estar presente no momento da eutanásia” ficou em segundo lugar de importância por quase todos os respondentes, com exceção dos técnicos em veterinária. O estudo fortalece a percepção de que com uma equipe bem treinada, é possível oferecer um atendimento de qualidade aos clientes e ao paciente e sugere a diminuição dos impactos psicológicos deletérios nos profissionais envolvidos (MARTIN; RUBY; DEKING; TAUNTON, 2004).

Esta questão da responsabilidade do médico veterinário frente às respostas emocionais dos clientes também ficou bastante evidenciada no estudo conduzido através de uma pesquisa online com cirurgiões veterinários australianos, no período de maio a agosto de 2015 e que teve aderência de 103 profissionais. Foi demonstrado que além do próprio luto em relação à perda do seu paciente, o profissional ainda precisa dar apoio aos tutores, tarefa para qual não se sentem preparados. Os profissionais relatam dificuldade na comunicação com os clientes em sofrimento ou enlutados. Aproximadamente 40% dos entrevistados fizeram referência à fadiga por compaixão e estresse. Profissionais com menos de 35 anos de idade e do sexo feminino foram os que mais demonstraram sinais de estresse no ambiente de trabalho e demonstram como característica de personalidade, traços perfeccionistas. Setenta e quatro por cento dos respondentes não indicavam o encaminhamento a um psicólogo quando estavam frente a tutor com dificuldade para lidar com sua perda. Entre os motivos elencados estavam que o profissional não acreditava ser sua função; não sabia que o encaminhamento poderia ser uma conduta; não conhecia um profissional de confiança para indicar; e não sabia avaliar quando era necessário o encaminhamento (DOW et al., 2019).

Estresse foi definido como uma reação adversa que as pessoas têm quando sob excessiva pressão ou outros tipos de demandas, uma reação natural do organismo quando vivenciada uma situação sentida como perigo ou ameaça. Diante deste cenário, o indivíduo geralmente permanece em estado de alerta ou alarme (BSAVA, 2015). No ambiente de trabalho, entretanto, esta percepção varia de modo individual por conta da pressão experienciada, assim como as opções disponíveis, senso de controle e o nível de ajuda que o colaborador tem acesso. Envolve uma interação entre o indivíduo e o ambiente que o cerca e a consciência de que não é capaz de lidar com as demandas advindas deste meio (GARDNER; HINI, 2006).

O estresse pode se manifestar alterando as esferas física, comportamental e mental/emocional do indivíduo alterando o ciclo sono-vigília, causando letargia, aumento ou diminuição do apetite, favorecendo o abuso de substâncias, promovendo isolamento social ou mudanças bruscas no humor, alterando a orientação temporal, induzindo ao comportamento ansioso ou nervoso, causando afeto reduzido e depressão. Para as organizações isto se reflete em absenteísmo e altas taxas de turnover de profissionais, acarretando inclusive grandes prejuízos financeiros (BSAVA, 2015; ROGELBERG et al., 2007).

Permanecendo as condições ou estímulos estressores no ambiente organizacional, os colaboradores podem desenvolver quadros de síndrome de *burnout* e, mais especificamente na área da Saúde, a fadiga por compaixão. (ZANI; ROSA; MACHADO, 2020).

A síndrome de *burnout* é reconhecida como risco ocupacional, principalmente nas profissões focada sem pessoas, em áreas como Serviço Social, Educação e Saúde. Entre os profissionais da área da saúde acometidos estão os médicos, enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários, profissões que lidam diretamente com pessoas e pacientes. Geralmente essas profissões atuam sob o manto do altruísmo, onde se acredita que a necessidade do outro deva vir em primeiro plano; o profissional deve dar o melhor de si, provavelmente em longas jornadas de trabalho e fazendo o que for necessário em prol do outro – algumas vezes em detrimento de si mesmo (MASLACH; GOLDBERG, 1998).

Burnout é definida como uma síndrome que afeta negativamente o bem-estar pessoal e profissional daquele indivíduo. Nota-se na instituição uma sobrecarga de trabalho, sem que haja, na maioria das vezes, os recursos, materiais e humanos, na quantidade suficiente para suprir as necessidades dos colaboradores de modo que os objetivos possam ser cumpridos. Pode ocorrer uma deterioração psicológica de modo constante, gradual e algumas vezes acumulativo que pode afetar as esferas físicas, psíquicas e comportamentais do indivíduo. Costuma se manifestar em três dimensões principais: a) exaustão emocional, caracterizada por falta ou carência de energia e de entusiasmo, quando ocorre um sentimento de esgotamento de recursos afetivos, geralmente causada por excesso de trabalho e conflitos pessoais no ambiente organizacional; b) a despersonalização, quando o vínculo afetivo passa a ser substituído por um racional. Caracteriza-se por tratar os pacientes, clientes e colegas, até mesmo a instituição como objetos, destituídos de sentimentos e características

peçoais, beirando a desumanização, se em excesso. Pode incluir também uma grande perda de idealismo; c) diminuição da realização pessoal no trabalho e tendência do trabalhador a se autoavaliar de forma negativa, implicando em uma ausência de perspectivas para o futuro que pode ou não estar associada a um quadro de depressão e à falta de habilidade em lidar com as demandas do trabalho (MASLACH; GOLDBERG, 1998; ZANI; ROSA; MACHADO, 2020; ROCHA, 2016).

Os fatores de risco para seu desenvolvimento podem ser agrupados, de modo resumido, em quatro grandes categorias: a) em relação à organização: o excesso de burocracia, as normas institucionais rígidas, as alterações constantes de regras, comunicação ineficiente entre os colaboradores, dificuldade de ascensão profissional; b) as características da própria atividade, elevada carga horária, presença de relacionamento conflituoso entre os colegas de trabalho, a relação próxima e intensa com pacientes debilitados na área da Saúde; c) em relação ao trabalhador: seus traços de personalidade, aptidões e valores pessoais (pessimismo, perfeccionismo, competitividade, altruísmo, impaciência, insegurança); d) em relação aos aspectos da sociedade: a ausência de suporte familiar e social (MASLACH; GOLDBERG, 1998; ZANI; ROSA; MACHADO, 2020; ROCHA, 2016).

A síndrome de *burnout* é relatada em estudantes de graduação de medicina veterinária que citam como principais estressores os relacionamentos pessoais e familiares insatisfatórios, débitos estudantis, demanda de trabalho excessiva, falta de tempo para atividades recreativas e sociais, privação crônica de sono, avaliações acadêmicas constantes, saudades do ambiente familiar, preocupações acadêmicas e que vão se acentuando no decorrer do curso (CARDWELL et al., 2013; MELLANBY, 2013; CHIGERWE; BOUDREAUX; IIKIW, 2014). Para as instituições de ensino, esta pode ser uma informação valiosa, com implicações administrativas em termos de posicionamento para futuras alocações de verba, revisões de currículos e treinamentos de seu corpo pedagógico para que este panorama possa ser revertido (CHIGERWE; BOUDREAUX; IIKIW, 2014).

Na Bélgica, estudo realizado com cirurgiões veterinários de pequenos e bovinos, revelou que 15% da amostra relataram altos níveis de exaustão emocional e os estressores foram as longas jornadas de trabalho (mais de 60 horas por semana), demandas éticas e realização da eutanásia em animais saudáveis, relacionamentos com os clientes, riscos ocupacionais que comprometem seu papel no núcleo familiar, principalmente devido aos atendimentos de emergência que não tem hora para

acontecer, característica mais relacionada ao atendimento em fazendas (HANSEZ; SCHINS; ROLLIN, 2008).

Na Nova Zelândia, um estudo sugere que os níveis de estresse parecem diminuir com a idade, independente do sexo do indivíduo. As mulheres deste grupo estão mais estressadas em relação ao seu trabalho e apresentam sintomas depressivos, quando comparadas aos colegas do sexo masculino. Estes últimos, por sua vez, apresentaram maiores preocupações em relação à renda, finanças e suas carreiras. Os profissionais que trabalham com pequenos animais ou em grandes organizações são os que apresentaram as maiores queixas em relação à percepção de estresse. A eutanásia surge como estressor neste estudo principalmente para os profissionais que atuam na clínica de pequenos (GARDNER; HINI, 2006).

A Fadiga por Compaixão é uma síndrome laboral cujo termo foi primeiramente introduzido por Carla Joinson em 1992, de acordo com Scotney, McLaughlin e Keates (2015), ao estudar *burnout* na enfermagem no setor de emergência. Em seguida, em 1995, Charles Figley descreveu essa síndrome como o equivalente ao estresse traumático secundário e a definiu como a capacidade ou interesse reduzidos do cuidador em ser empático ou suportar o sofrimento de seus pacientes, com os consequentes comportamentos e sentimentos naturais resultantes do conhecimento de um evento traumatizante experienciado ou sofrido por outra pessoa.

Os profissionais que lidam com pessoas e animais, principalmente em situação de sofrimento, precisam lidar não tão somente com o estresse normal e possíveis dissabores do trabalho, mas inclusive com os sentimentos e emoções relacionados àquele sofrimento. Esta situação pode ser cumulativa, e se não abordada apropriadamente, leva a sentimentos de exaustão física e emocional, depressão e pode se tornar uma constante. Para os profissionais que atuam em abrigos, clínicas veterinárias e centros de pesquisa a eutanásia de animais para o alívio de seu sofrimento ou a denominada por conveniência é percebida como uma das principais causas de estresse ocupacional. Nestes contextos, o procedimento pode ser realizado diariamente, e o foco das discussões geralmente recai no número de animais mortos por dia, os motivos e métodos utilizados (SCOTNEY; MCLAUGHLIN; KEATES, 2015).

Scotney, McLaughlin e Keates (2015) apontam que ainda não há um consenso claro quanto à definição conceitual desta síndrome nos dias de hoje, tanto na Medicina Humana, se estendendo à Medicina Veterinária, o que pode levar à confusão em relação às outras formas de estresse laboral e atrapalhar a possível identificação

deste quadro no campo de atuação profissional. O que parece estar bem estabelecido, entretanto, é que nas profissões relacionadas aos cuidados animais, a fadiga por compaixão é considerada um resultado direto do impacto da eutanásia, além de outros estressores ocupacionais tais como recursos financeiros limitados dos tutores, sobrecarga de trabalho, ser responsável pelos longos tratamentos de pacientes com doenças crônicas e o manejo de cuidados paliativos.

A fadiga por compaixão pode incluir exaustão biológica, psicológica e social, acometendo indivíduos que liberam uma energia psíquica em forma de compaixão, por um período de tempo, sem se sentirem recompensados por tal; isso levaria a um esvanecimento crônico do cuidado e preocupação com o outro devido ao uso excessivo dos sentimentos de compaixão – um mecanismo de defesa comumente adotado pelos profissionais com o intuito de evitar o estabelecimento do quadro, permanecendo emocionalmente distantes de seus pacientes (BARBOSA, SOUZA e MOREIRA, 2014).

Huggard e Huggard (2008) demonstram que, ainda assim, o profissional irá experimentar estresse e exaustão emocional, mesmo permanecendo emocionalmente distante de seus pacientes. Por outro lado, estes autores apontam estudos conduzidos na Nova Zelândia que mostram que altos níveis de resiliência e competência emocional podem estar relacionados a baixos níveis de fadiga por compaixão.

Os profissionais mais acometidos são os que prestam auxílio a emergências e urgências como bombeiros, policiais, médicos, enfermeiros e aqueles que prestam apoio ou assistência em situações de crise ou trauma, como psicólogos, assistentes sociais, professores, médicos veterinários e advogados, categorias profissionais mais vulneráveis porque possuem a empatia e compaixão como elementos essenciais para a realização de suas atividades (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014).

A fadiga por compaixão não consta oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), mas para fins de pesquisa existe uma escala, a Professional Quality of Life Scale (ProQOL-IV), que pode ser utilizada para mensurar os aspectos negativos e positivos de qualidade de vida profissional e qualificar a fadiga por compaixão. A satisfação por compaixão se refere ao fato de sentir-se recompensado em seus esforços no trabalho, e a fadiga por compaixão, representa o aspecto negativo da qualidade de vida profissional, que pode ser dividida em duas partes: uma caracterizada pela irritação, exaustão e frustração típicas do *burnout* e a outra engloba

medos e traumas típicos do estresse traumático secundário, evidenciando o desgaste empático destes profissionais (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014).

Mesmo havendo certa discordância entre os teóricos sobre este tema, em relação às terminologias e definições, Dra. Tania Singer do Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences (Alemanha) traz novos questionamentos à discussão, desta vez com fundamentos da neurofisiologia. Para ela, não é a compaixão que fadiga os trabalhadores da Saúde, mas sim a empatia. A empatia é um construto mental que nos permite ressoar com os sentimentos negativos e positivos de terceiros. Faz parte do processo de interação entre seres humanos e, assim, são estabelecidas as conexões sociais. Nela você sente com a outra pessoa, mas você não se mistura com ela. Através de experimentos conduzidos com casais e com o auxílio de aparelhos de ressonância magnética, Singer conseguiu constatar a ativação de áreas do cérebro responsáveis pelo circuito emocional em situações em que o sujeito experienciava dor e tinha conhecimento de que alguém que lhe era importante estava sentindo dor. A parte do cérebro associada com os aspectos emocionais, mas não sensoriais, mensurava a empatia relacionada ao sofrimento – tanto a própria experiência da dor, como o conhecimento de alguém querido com dor levava à ativação dos mesmos circuitos neurais emocionais. Esta mesma empatia, dependendo da capacidade de enfrentamento individual perante as adversidades pode evoluir para um quadro de distresse empático ou de compaixão (DOWLING, 2018).

No distresse empático, o indivíduo assume a dor emocional do outro como sua própria dor. Neste caso, a dor crônica, sendo física ou mental, leva à depleção dos níveis de dopamina dos circuitos cerebrais mediadores dos sistemas de recompensa e motivação. Se a pessoa perdura nessa condição, ela não consegue experimentar prazer, juntamente com baixa motivação para as recompensas naturais. Com o decorrer do tempo, estas situações repetidas poderiam levar ao quadro de síndrome de *burnout* (DOWLING, 2018).

Por outro lado, através da compaixão, que se traduz em carinho, preocupação e zelo pelo próximo, assim como uma forte motivação em melhorar o bem-estar alheio, e que vai além do sentimento de sentir com o outro, mas sim sentir pelo outro, há um aumento de atividade de regiões cerebrais envolvidas com o sistema de recompensa dopaminérgico e relacionadas à produção de ocitocina, reforçando as emoções positivas mesmo em resposta às situações tidas como adversas. Neste sentido, a

compaixão gera, no dia a dia, sentimentos positivos que podem contrabalancear os efeitos negativos gerados a partir da convivência como sofrimento de terceiros (DOWLING, 2018).

E diante desta compreensão de que o distresse empático é aut centrado, enquanto que a compaixão é um sentimento voltado para terceiros, entende-se que o bem estar é um fenômeno social e, portanto, as técnicas para cultivar a compaixão deveriam ser ensinadas em grupos através de exercícios interativos para maior sucesso da proposta (DOWLING, 2018).

2 DILEMAS E ESTRESSE MORAL EM RELAÇÃO À EUTANÁSIA NA ROTINA DO MÉDICO VETERINÁRIO

Como tem sido demonstrado ao longo deste trabalho as mudanças nas relações entre os homens e os animais, com seu conseqüente estreitamento, tem causado várias repercussões nas famílias, principalmente as ocidentais, e naqueles profissionais diretamente implicados no cuidado destes, como os médicos veterinários (FARACO, 2008). Cabe ressaltar que no início da modernidade a ideia de família (ocidental) era única e exclusivamente humana – essa proximidade com os animais era, até mesmo, desaprovada (GAEDTKE, 2019).

O historiador Philippe Ariès faz uma comparação de como a família ocidental moderna foi se organizando ao redor da criança, retirada de seu anonimato anterior numa revolução escolar e sentimental, e agora percebe o animal sendo colocado do mesmo modo no centro das atenções desta mesma família. O que se tem percebido é que este excesso de “antropomorfização” e o processo civilizatório exigido aos animais gera uma série de sentimentos intensos nos tutores, também acerca do papel que os animais de estimação representam lares adentro, o que por sua vez promove outras tantas alterações nas relações entre eles, equipe médica veterinária e os pacientes (GAEDTKE, 2019).

Quando se compara os códigos de ética veterinários de alguns países, verifica-se que o americano é mais evasivo em seu texto sobre a quem o médico veterinário deve servir; já o correspondente inglês esclarece que além do dever com a Saúde Pública e as necessidades dos clientes, o bem-estar dos animais deve prevalecer (MORGAN; MCDONALD, 2007). O Conselho Regional de Medicina Veterinária adota uma postura ambígua em seus objetivos, a de melhorar as condições de saúde animal e humana (CRMV, 2019). Isto porque diversos são os interesses que os médicos veterinários devem conciliar e que geram, na prática clínica, os dilemas morais ou éticos, conflitos entre responsabilidades ou obrigações de valormoral equivalente (KIPPERMAN; MORRIS; ROLLIN, 2018).

Hartnacket al. (2016) citam alguns exemplos comuns no atendimento a pequenos animais. Frente a um caso típico de maus tratos, o médico veterinário não o reporta às autoridades por receio de represálias e de perder sua fonte de renda; a realização de caudectomia, conchectomia e cordectomia para agradar alguns de seus

clientes mais antigos; a realização da eutanásia por conveniência por problema de comportamento ou porque não é mais desejado pela família; opções de tratamentos limitadas por restrições financeiras e tutores que almejam continuar o tratamento de pacientes em fase terminal da doença.

Nesse sentido, algumas considerações éticas devem ser realizadas com o intuito de facilitar o diálogo entre a equipe e os clientes. Perguntas ou reflexões acerca do valor moral que é atribuído ao animal em questão; a percepção da visão antropocêntrica, cuja vida só possui utilidade enquanto servir ao ser humano em contraponto da biocêntrica, onde os animais possuem interesses próprios, e são seres sencientes; as responsabilidades dos tutores em relação aos seus animais de estimação; os cuidados dispensados são apenas para aquele animal ou se estendem a todos os seus animais; como são definidos os parâmetros do que é considerado o melhor para o animal; a equipe médica veterinária trabalha em prol do melhor interesse do paciente ou do tutor. Quando a equipe tem estas questões claras estabelecidas, ela sabe o que esperar e exigir no decorrer do tratamento, delimitando fronteiras pelo melhor desfecho para todos (MORGAN; MCDONALD, 2007; PERSSON et al., 2020).

O estresse moral, tipo especial de dilema ético, é retratado como a tensão que surge diante daquilo que o profissional acredita que deveria estar fazendo mediante o que de fato faz (KIPPERMAN; MORRIS; ROLLIN, 2018). A eutanásia costuma ser citada como grande geradora de estresse moral, principalmente quando motivada por fatores financeiros - aliás, poucos estudos abordam esta diferenciação: o estresse causado pela eutanásia em si e o estresse causado pela eutanásia realizada por motivos considerados errados pelo profissional que a executa (PERSSON et al., 2020).

Em uma pesquisa com 484 participantes considerados aptos, conduzida em Edinburg, por via de um questionário online composto por 29 questões, os autores conseguiram levantar as principais causas de dilemas éticos: limitações financeiras que comprometem o cuidado com o paciente; eutanásia por falta de recursos financeiros; eutanásia por falta de desejo de cuidar; realização de tratamentos empíricos em detrimento de testes diagnósticos. Outro aspecto importante desse estudo foi o de que os profissionais que parecem mais propensos a sofrer com estas situações ao ponto do dilema ético gerar estresse moral eram do sexo feminino,

menos experientes e experienciavam ao menos um dilema ético por dia (KIPPERMAN; MORRIS; ROLLIN, 2018).

O estudo realizado com 486 cirurgiões veterinários austríacos, através das respostas validadas pelos critérios da pesquisa de questionário via e-mail, obteve resultados semelhantes. As profissionais do sexo feminino, que trabalham na clínica de pequenos animais e os mais jovens são os que mais frequentemente se recusam a executar a eutanásia por conveniência. Por outro lado, os fatores preditores para a realização da eutanásia foram as repetidas solicitações e o número de eutanásias já realizadas (HARTNACK et al., 2016).

Nos Estados Unidos em 2017 foi realizada uma pesquisa através de questionário online com médicos veterinários da clínica de pequenos animais, de equinos, silvestres e da área de alimentos, oriundos de diversas Associações e Universidades de Medicina Veterinária, sobre conflitos éticos e estresse moral. Dos 889 respondentes, 26,86% afirma que “às vezes” recebe pedidos que consideram inapropriados para a realização da eutanásia, e 2,40%, “frequentemente”; entre os que “nunca” ou “raramente” atenderam a estes pedidos, estão 77,42%, 11,48% “às vezes”, 7,35% “frequentemente” e 3,74% “sempre”. A percepção do nível de distresse vivido pelo profissional ou sua equipe foi “nenhum” 3,89%, “leve” 32,81%, “moderado” 44,62% e “severo” 18,68%. Setenta e um por cento dos respondentes relataram não ter formação alguma em “resolução de conflitos” e 79% em “auto-cuidado”. Uma importante fonte de conflito foi a questão de prover ou não determinado tratamento ao paciente quando o profissional discorda deste, mas solicitado pelo tutor por causa do status do animal de propriedade, apesar de ser considerado e tratado como membro da família. (BOYD; MALOWNEY; MOSES, 2018).

Países como França, Suíça, Alemanha, Áustria e Nova Zelândia já reconhecem os animais como detentores de direitos despersonalizados, e o conhecimento dessas legislações serviria de importante instrumento de trabalho nos momentos de conflitos (BOYD; MALOWNEY; MOSES, 2018).

O debate ético envolvendo os animais não é assunto recente e parece ter se iniciado em 1959, quando cientistas ingleses instituíram os “3Rs” para o uso racional de animais em pesquisa: redução, refinamento e substituição sempre que possível dos sujeitos da pesquisa. Em seguida a elaboração do Relatório Brambell, que versa sobre a qualidade de vida dos animais de produção e o livro “Animal Liberation” de

Peter Singer, sobre a crueldade a qual os animais de laboratório eram submetidos nos experimentos conduzidos (REBUELTO, 2008).

Atualmente, um dos temas que gera controvérsia é a eutanásia. Independente da espécie, temas como a segurança da equipe, aplicação do procedimento em um grande número de animais, surgimento de doenças com potencial zoonótico, a possibilidade de sofrimento a ser experimentado, a metodologia a ser aplicada e a ética acerca dos animais que serão mortos geraram protocolos que devem ser respeitados (REBUELTO, 2008), porém, na clínica de pequenos animais, a questão da eutanásia começa a adquirir contornos bem menos delimitados, podendo tornar o dia a dia do profissional mais angustiante. É um debate que envolve questões básicas do campo filosófico, cognitivo e ético (PERSSON et al., 2020) e para o qual os médicos veterinários estão recebendo um treinamento aquém do desejado ao longo da sua formação (DOW et al., 2019; NAURATH, 2015).

Uma das questões centrais no atendimento a pequenos animais é reflexão a quem o médico veterinário tem obrigações morais, ao tutor ou ao paciente, devendo levar em consideração o bem-estar do animal e a qualidade da interação do paciente com os tutores (REBUELTO, 2008; KNESL et al., 2017).

Em se tratando de decisões éticas, alguns princípios costumam ser considerados: da beneficência (remete à ação em benefício do outro, quase uma obrigação moral; se resume a prevenir e/ou remover o dano), não maleficência (impõe a obrigação de agir com prudência e não infringir mal aos outros, não causar danos a terceiros), respeito à autonomia (reconhecem os indivíduos o direito de sustentar opiniões, fazer escolhas e agir de acordo com valores e convicções próprias – e garantir apoio às decisões tomadas) e justiça. Na medicina veterinária, a questão da autonomia costuma ser delegada aos tutores, já que os animais não decidem por si; quanto ao critério da beneficência, o foco costuma recair no interesse do paciente, e deve sempre ser maior que o da não maleficência (REBUELTO, 2008; NAURATH, 2015).

Mas esses princípios podem não ser convenientes ao tutor ou de difícil mensuração. O próprio conceito de “qualidade de vida” em relação aos animais, bastante empregado na rotina para auxiliar na tomada de decisão, costuma ser de difícil definição e mensuração, seja por parte da equipe médica ou dos tutores. Uma descrição bem genérica o define como um conjunto mínimo de condições para que indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades. O

procedimento a ser considerado deve considerar a idade, a evolução do tratamento e grau das lesões ou doença associados a prognóstico, o relacionamento entre tutor e o animal em questão, as restrições financeiras da família, expectativa de vida do paciente, as demais alternativas de tratamento e a possibilidade de realização do tratamento considerado “padrão-ouro” (NAURATH, 2015). Persson et al. (2020) referem a dificuldade de estabelecer o conceito de “qualidade de vida”, pois a percepção do tutor pode estar comprometida pela excessiva antropomorfização do animal e todos os demais sentimentos envolvidos, somada à tendência da equipe veterinária em considerar a questão do bem estar animal sob a ótica das cinco liberdades, parâmetros mensuráveis que indicam o grau de bem estar, e por fim, o estado mental do animal, considerando as emoções positivas e negativas apresentadas (CEBALLOS; SANT’ANNA, 2018).

Naurath (2015) pôde observar parte destas dificuldades no levantamento realizado com médicos veterinários da clínica de pequenos animais do estado do Rio de Janeiro, através do preenchimento de um questionário online, no período compreendido de 01 de janeiro a 15 de março de 2015. Ao todo foram 207 questionários respondidos, sendo 150 por profissionais do sexo feminino, e 57 do sexo masculino. Aproximadamente 67% dos entrevistados disseram que não conheciam nenhuma ferramenta de avaliação de qualidade de vida animal e, portanto, não se utilizavam destas para a tomada de decisão pela eutanásia e 32,85% que conheciam algum instrumento, e desse modo, se valiam dos mesmos para a tomada de decisão pelo procedimento.

Também foram investigados os sentimentos suscitados no veterinário carioca quando do momento da eutanásia e entre os mais selecionados no questionário, estavam: responsabilidade (15,92%), tristeza (13,48%), pena (11,15%), incômodo (9,93%), sensatez (8,72%), alívio (6,89%), piedade (5,88%), aceitação (5,88%), angústia (5,47%) e culpa (3,85%). Com menos de 2% estavam elencados: abalo, insegurança, fraqueza, sabedoria, ansiedade, vergonha, arrependimento, frustração, compaixão, indiferença, egoísmo, impotência, abuso de poder, empatia e amor aos animais.

Em relação aos conflitos e dilemas éticos mais presentes com os tutores no momento da eutanásia foram citados: a solicitação da realização do procedimento por motivos fúteis e/ou falta de comprometimento como tratamento; diferenças de percepção sobre o “momento certo” de realizar o procedimento; restrições financeiras

do tutor para continuar com o tratamento; conflitos acerca da qualidade de vida do animal; conflitos religiosos; conflito da certeza do paciente estar totalmente fora de possibilidades terapêuticas; “tomar” o papel de Deus para retirar o sofrimento do animal; conflito envolvendo pensamentos sobre o direito à vida versus o sofrimento do animal; conflito do julgamento do veterinário do momento da realização do procedimento e da irreversibilidade do ato; a questão do apego do tutor com o animal, que o impede de realizar a eutanásia; conflitos quando da apresentação de valores para cobrança do procedimento. Dois entrevistados do montante relataram não ter dificuldade alguma em relação à eutanásia. O trabalho concluiu que a partir da análise do quadro clínico do paciente e o relato dos tutores são estabelecidos os parâmetros de qualidade de vida e o momento da eutanásia é decidido em conjunto, pois para a maior parte dos entrevistados (73,42%) a vida de seus pacientes importa enquanto houver qualidade de vida (NAURATH, 2015).

Discussões sobre o uso do termo eutanásia também estão presentes (PERSSON et al., 2020) e este dependerá em grande parte do contexto em que está sendo utilizado já que carrega consigo a ideia da “boa morte” e sempre no melhor interesse daquele que irá morrer, motivada por um imperativo moral, que se aplica a uma forma de matança de animais moralmente justificada; entretanto, a rotina tem demandado uma distinção entre estes casos e aqueles em que ocorre a matança eticamente injustificada de animais e, por conseguinte, há a necessidade de uma nova terminologia que os diferencie.

No Brasil, poucos estudos têm sido realizados para estudar os fatores que permeiam a realização da eutanásia e suas consequências de forma individual e em conjunto. Souza et al. (2019), na cidade de Ituverava, interior de São Paulo, entre agosto de 2017 a março de 2019, analisaram os 41 casos de eutanásia realizados no hospital dentre os 2982 prontuários de pacientes atendidos na instituição, com o objetivo de investigar as causas motivadoras destes desfechos. Dos 39 cães e 2 gatos que foram submetidos à eutanásia, as três principais causas apontadas foram cinomose (10 casos), fraturas de coluna (6 casos) e neoplasias (5 casos). A análise demonstrou que um trabalho preventivo, seja através da vacinação em massa da população de cães e gatos para doenças infecciosas, bem como o estabelecimento de políticas efetivas de Guarda Responsável, poderia ter evitado muitos dos atendimentos ocorridos.

Agostinho e Léga (2009) realizaram pesquisa semelhante com 41 médicos veterinários atuantes na clínica de pequenos animais, em cidades do Interior do Estado de São Paulo e verificaram que as principais causas para indicação do procedimento foram: “doenças incuráveis ou em estado terminal” (36 indicações), “cinomose” (14 indicações), “neoplasias” e “zoonoses” (com 09 indicações em cada categoria), “tutor sem condições financeiras para o tratamento” (04 indicações), “insuficiência renal crônica” (03 indicações), “patologias neurológicas irreversíveis” (02 indicações) e “animais agressivos” (01 indicação).

Diante de todas as situações apresentadas, é chegado o momento então do profissional usar, com propriedade, a sua “Autoridade Esculápia”, termo de difícil definição, mas que deriva de uma combinação de características que conferem ao médico veterinário um tipo de poder capaz de conseguir “quase” tudo de seus pacientes e a eles quase tudo permite quando doentes. Envolve um tipo especial de sabedoria e conhecimentos, o imperativo moral de curar, aliviar o sofrimento alheio e adiar a morte, e a ideia de que a medicina ainda tem um “quê” de magia. No contexto da veterinária, tal poder, em grande parte, será utilizado com os tutores, mas sempre em benefício dos animais/pacientes – e, como aponta o autor, poderá inclusive ser utilizado em momentos de conflito, dos constantes dilemas éticos vivenciados (ROLLIN, 2002). Na prática, isto se traduz no modo como o médico veterinário irá se reportar aos tutores e se comunicará ao longo do tratamento em curso, de posse do conhecimento crucial de que suas palavras exercem grande impacto na vida de seus clientes, como quando atesta que seu paciente tem o diagnóstico de uma doença incurável como a raiva, podendo condená-lo à morte. Ou então quando afirma que o paciente tem poucos meses de vida ou não poderá mais caminhar. Em alguns casos, isto pode incorrer no quadro de uma profecia auto-cumpridora, mesmo que ele esteja errado (ROLLIN, 2002).

Em relação à eutanásia, as situações conflitantes geralmente acontecem quando são solicitadas por motivos considerados fúteis pela equipe médica ou quando o tutor não aceita sua indicação nos casos terminais (KNESL et al., 2017). Rollin (2002) argumenta a importância de se valer de tal autoridade para combater ambos os quadros, no melhor interesse do paciente, mas também com o intuito de prevenir a apresentação dos referidos momentos de estresse moral. Esta falha em agir teria consequências imediatas para o paciente em questão, mas em médio e longo prazo para o profissional e toda a sociedade.

Assim, de posse destes conhecimentos e a referida autoridade, caberia ao médico veterinário o papel de equilibrar os interesses do animal/paciente com os do seu cliente/tutor já que é parte fundamental desta tríade. Os instrumentos para tanto incluem a utilização de um franco sistema de comunicação, baseado em confiança mútua, de preferência conquistada previamente ao longo dos anos durante todas as consultas realizadas; uma estrutura ética de tomada de decisões, que permita acordos entre a equipe veterinária e tutores¹; o uso de escalas para aferição da “qualidade de vida”² do paciente, apesar dos impasses nesta questão já referidos anteriormente; termos de consentimento, e todas as demais possibilidades que couberem, inclusive a experiência e suporte dos colegas de trabalho (KNESL et al., 2017).

¹Modelo estruturado de considerações éticas a serem adotadas em relação à tomada de decisão pelo procedimento da eutanásia (<https://www.scu.edu/media/ethics-center/resources/making.pdf>)

²Modelo estruturado de escala de qualidade de vida (<https://vet.osu.edu/vmc/sites/default/files/files/companion/HTB/Difficult%20Decisions%20brochure-web%20layout%20%282019%29%20digital.pdf>)

3 A PESQUISA “A EUTANÁSIA NO ATENDIMENTO DE PEQUENOS ANIMAIS E SEUS IMPACTOS NO BEM-ESTAR ANIMAL”

A medicina veterinária tem cada vez mais conquistado merecido espaço na área da Saúde (TATIBANA, 2009), com avanços nas terapias aplicadas aos animais e reconhecimento do mercado econômico (ABINPET, 2020). Podemos inferir que isto se deve tanto ao fato da população de animais/pets no país estar aumentando de modo relevante (IBGE, 2015), como da importância afetiva que os mesmos estão adquirindo dentro dos lares brasileiros, com as famílias agora denominadas multiespécies – aquelas que reconhecem ter como seus membros os humanos e os animais de estimação em convivência respeitosa (FARACO, 2008).

Em 2013, o número de cães nas casas brasileiras foi estimado em 52,2 milhões, ou seja, uma média de 1,8 cachorro/domicílio e a população felina em 22,1 milhões, com média de 1,9 gato/ domicílio (IBGE, 2015). A população total de animais no país, incluindo aves canoras e ornamentais, peixes ornamentais, cães, gatos e outros (pequenos mamíferos e répteis) beirava, em 2019, os 141,6 milhões de indivíduos - estes números colocam o Brasil em quarto lugar no ranking mundial no mercado de pequenos animais, ficando atrás somente dos Estados Unidos, China e Reino Unido (ABINPET, 2020).

Concomitantemente ao crescimento demográfico e de seu respectivo mercado econômico, surge um fenômeno social nas últimas três décadas, principalmente no ocidente, em que os animais de companhia conquistaram status de membros da família e um notável marco dessa mudança de paradigma foi a promulgação da Declaração Universal de Direitos dos Animais pela UNESCO em 15 de outubro de 1978, em Paris (FARACO, 2008).

A título ilustrativo, Paws e Claws (2001 apud FARACO, 2008) realizaram um estudo descritivo por todo Canadá e concluíram que 83% dos entrevistados (de um total das 1.500 residências abordadas de modo aleatório, por telefone, em cidades com população igual ou superior a 50.000 famílias) que convivem com animais os consideram membros da família e, desta população, 98% admite conversar com seus animais.

Faraco (2008), utilizando o conceito de configuração familiar multiespécie, sugere a existência de um sistema familiar emocional que seria constituído por

membros da família estendida, por pessoas sem grau de parentesco e por animais de estimação; o vínculo entre os membros agora é constituído por laços emocionais e não tão somente de sangue. A autora (FARACO, 2008) constrói sua tese no conceito em que o fundamento do social é o emocional e lembra que as emoções são propriedades inerentes ao reino animal.

Esta mudança de percepção, pelos tutores, acerca do papel que os animais de estimação representam lares adentro, gera uma série de alterações nas relações entre eles, equipe médica veterinária e os pacientes. Médicos veterinários possuem uma extensa gama de responsabilidades: com seus clientes, com seus colegas de trabalho, com sua própria profissão e questões da ordem de Saúde Pública e zoonoses, além dos cuidados com seus pacientes e toda a preocupação com o bem-estar dos mesmos (MORGAN; MCDONALD, 2007). Entretanto, na prática clínica torna-se tarefa árdua conciliar tantos interesses distintos, principalmente em momentos críticos do tratamento, surgindo o que os autores denominam de dilemas morais. Estes são conflitos entre responsabilidades ou obrigações de valor moral de mesmo peso, quando o profissional encontra-se em uma situação em que ele se percebe sem condições de priorizar esta ou aquela responsabilidade, dada a importância de ambas (MORGAN; MCDONALD, 2007).

Estas novas configurações nos relacionamentos que podem estar acompanhadas de dilemas morais levam, inclusive, os profissionais a refletirem sobre as motivações subjacentes na escolha do ofício, mesmo que de modo indireto, sobre ajudar animais ou tirar suas vidas, por exemplo – no caso da eutanásia (PERSSON, et al. 2020). Ademais, a situação exige que se distinga aquele profissional cujo modo de atendimento é centrado no paciente, bastante comum nos países europeus de língua alemã, ou que adota uma abordagem ética equilibrada, cujos interesses dos tutores e paciente, possam ser devidamente levados em consideração – dinâmica característica dos Cuidados Paliativos, presente também na Medicina Veterinária (PERSSON et al., 2020).

Diante desta nova realidade, o médico veterinário assume os cuidados com o tratamento de seu paciente, mas também passa a ter que lidar com as respostas emocionais dos tutores: daí a sobrecarga de demandas não só práticas, mas também afetivas; entre tantas adaptações que essas novas configurações exigem, passa a existir um impacto direto na decisão pela eutanásia, compartilhada entre os mesmos com capacidade decisória (PULZ et al., 2011).

Diferentemente da Medicina Humana, a eutanásia na Medicina Veterinária é um procedimento legalizado e regulamentado pela resolução de nº 714 de 20.06.2002 pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV). A eutanásia pode ser sugerida pelo profissional para evitar sofrimento do paciente, quando o tratamento não mais estiver avançando – seja essa limitação da própria medicina, bem como do tutor, quando este se torna incapaz de promover os cuidados necessários ao paciente (PULZ et al., 2011). Entretanto, embora corriqueira e justificável na clínica, a prática da eutanásia na rotina médica não é livre de efeitos colaterais em todos os envolvidos, a depender do contexto e frequência em que seja realizada (PERSSON et al., 2020). Em se tratando da equipe profissional podemos citar, entre tantos, a síndrome de *burnout* e a fadiga por compaixão e sintomas clássicos da depressão.

Em países como os Estados Unidos, Austrália e Reino Unido, incluindo a Índia, muito já se tem estudado e avançado no conhecimento acerca dos diversos fatores estressores que circundam a profissão, a começar no período da graduação (RAYNER et al. 2020; BARTRAM, 2009).

Mellanby (2013) em sua pesquisa com estudantes ingleses de medicina veterinária constata que muitos já apresentam ideação ou comportamento suicida ao longo do curso. Rogelberget al. (2007), em trabalho elaborado com profissionais de 36 abrigos americanos, referem a necessidade de realização da eutanásia na rotina como relevante fonte estressora – além das outras conhecidas, tais como dificuldades de relacionamentos com a clientela, longas jornadas de trabalho e sobrecarga, desequilíbrio entre vida pessoal e profissional.

Alguns trabalhos que abordam a eutanásia como fator estressor foram realizados com profissionais que realizam a eutanásia em animais saudáveis (ROGELBERG et al., 2007), aqueles que trabalham com animais sujeitos à pesquisa/de laboratório ou de produção - grandes animais (ROHLF; BENNETT, 2005).

Kneslet al. (2017) retomam a premissa de que a eutanásia é sabidamente um fator estressor de grande peso na medicina veterinária já que estes profissionais são prioritariamente treinados para curar; porém, na prática diária, são constantemente confrontados com a morte: de onde surgem os diversos dilemas morais e alguns dos distúrbios psicológicos já mencionados anteriormente. Ao médico veterinário cabe o árduo papel de equilibrar os interesses do animal/paciente com os do seu cliente/tutor já que é parte fundamental desta tríade, tal qual um maestro conduzindo uma grande orquestra. Os instrumentos para tanto incluem a utilização de um franco sistema de

comunicação, baseado em confiança mútua; uma abordagem ética, que permita acordos entre a equipe veterinária e tutores; uso de escalas para aferição da “qualidade de vida” do paciente; termos de consentimento, entre tantos outros.

Outro fator a ser levado em consideração é que cresce cada vez mais a preocupação com questões relacionadas ao Bem-estar animal, definido como o estado em que um indivíduo se encontra ao tentar adaptar-se ao seu ambiente; para tal, são considerados indicadores fisiológicos (levando-se em consideração as particularidades de cada espécie animal), comportamentais, emocionais e as interações sociais possíveis (BROOM; MOLENTO, 2004). Ademais, com a Declaração de Cambridge sobre a consciência animal em 2012, é oficializada perante toda a comunidade científica a capacidade de determinados grupamentos de animais (incluindo todos os mamíferos, aves e polvos) serem sencientes, isto é, de serem capazes de sentir experiências, experimentando aquilo que lhes acontece de forma consciente (LOW, 2012).

Com isso tem surgido a preocupação, não só dos tutores, mas do corpo clínico também, em descobrir, no caso da eutanásia, quando é o melhor momento para realizar este procedimento tão crucial na rotina (KNESL et al., 2017). Surge, inclusive, um anseio por parte da sociedade para que este procedimento não seja mais utilizado como meio de controle de natalidade em diversos países e cidades (FAO, 2011; ICAM, s.d.), e no caso do município de São Paulo, foi através da Lei de nº12.916 de 16 de Abril de 2008, que ficou proibida a eutanásia de cães e de gatos pelos órgãos de controle de zoonoses, canis públicos e estabelecimentos oficiais congêneres, a não ser em casos de enfermidades infecto-contagiosas que coloquem em risco a vida de outros animais ou pessoas ou animais com histórico de mordeduras, sob determinadas condições (SÃO PAULO, 2008).

Reconhecendo a pouca literatura existente acerca da realidade dos médicos veterinários brasileiros, principalmente sobre a percepção daqueles que atendem pequenos animais possuem em relação ao tema da eutanásia, este trabalho tentou trazer luz ao assunto, ao menos considerando aqueles que clinicam na cidade de São Paulo.

Com este intuito foi criado um questionário, que pudesse ser respondido pelos profissionais, a fim de se tentar responder os objetivos estabelecidos no trabalho.

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção dos médicos veterinários da eutanásia como um fator estressor na clínica de pequenos animais

3.1.2 Objetivo específico

Verificar se os médicos veterinários identificavam a eutanásia dos seus pacientes como um fator estressor

Identificar os fatores associados com o fato do profissional considerar ou não a eutanásia um fator estressor

Identificar que fatores seriam determinantes para a tomada de decisão clínica de antecipação da eutanásia

3.2 Metodologia

Envolveu a pesquisa e desenvolvimento de um instrumento próprio, com base nos artigos de referência consultados e instrumentos já validados (BARTRAM, 2009), que pudesse responder as questões suscitadas em nossa revisão de literatura. Deste trabalho surgiu o questionário apresentado aos médicos veterinários (APÊNDICE A - Questionário).

O questionário utilizado tratou-se de um instrumento estruturado com questões fechadas, de múltipla escolha, agrupadas em blocos temáticos, cujo preenchimento foi realizado via online pelos participantes, sendo automaticamente enviado aos pesquisadores.

Houve uma fase de calibração das perguntas, em que o questionário foi aplicado em caráter de teste para um grupo mínimo de médicos veterinários selecionados de modo aleatório, com o intuito de adequar o conteúdo do material, e, com isso, foi feita nova submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (C.E.P.) da Universidade Santo Amaro (UNISA), sob o parecer consubstanciado 4.533.338 (ANEXO B – Pareceres Consubstanciados do CEP).

A primeira etapa de divulgação da pesquisa (contendo o link de acesso ao questionário em versão eletrônica, hospedado no Google Docs) teve duração de um

mês e foi realizada nas redes sociais (*Facebook, Instagram, LinkedIn*), além de convites enviados por e-mail para clínicas e hospitais veterinários do município de São Paulo, escolhidos através de pesquisa no site Google. A divulgação também foi feita por uma rede de profissionais e alunos ligados à instituição de ensino responsável pela pesquisa, a UNISA.

Um mês após a primeira etapa, foi iniciada a segunda divulgação usando-se da mesma estratégia. Para aqueles participantes que efetuassem o cadastro na plataforma da pesquisa, mas que não respondessem efetivamente o questionário, seriam enviados e-mails (quatro tentativas por pessoa, com intervalo de 1 semana entre si) com o intuito de efetuar contato, mas isso não se mostrou necessário no decorrer da pesquisa. Também foi feita a divulgação no Boletim on-line do CRMV-SP nº 211 de 09 de junho de 2021

A coleta de dados foi realizada no período compreendido de 26 de fevereiro de 2021 a julho de 2021.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (C.E.P.) da Universidade Santo Amaro (UNISA) sob o parecer consubstanciado 4.417.916 (ANEXO B – Pareceres Consubstanciados do CEP).

3.2.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa

Foram incluídos profissionais médicos veterinários que i. realizavam atendimentos a pequenos animais; ii. atuantes na cidade de São Paulo; iii. que tinham o registro ativo no Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo; e iv. que já tivessem realizado ou que realizassem o procedimento de eutanásia rotineiramente (em animal saudável, doente ou de laboratório – o local de trabalho seria mencionado no questionário).

A participação na pesquisa ocorreu de forma voluntária e facultativa, mediante consentimento livre e esclarecido do participante. A versão eletrônica dos questionários incluiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), de forma que os participantes só tivessem acesso ao questionário caso estivessem de acordo com o mesmo.

3.2.2 Estratégia de amostragem

No presente estudo foi realizada uma amostragem de conveniência através da divulgação do link do questionário online nas principais mídias sociais, tais como *Facebook*, *Instagram* e *LinkedIn*, além dos demais recursos de comunicação adotados citados anteriormente (vide item 3.2 Metodologia).

3.2.3 Análise Estatística

Os dados foram descritos com frequência e intervalo de confiança para variáveis qualitativas e com medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, intervalo interquartil, mínimo e máximo) para dados quantitativos.

Todas as análises foram realizadas no software R1 e foram considerados estatisticamente significativos aqueles resultados com valor de p menor que 5%.

A existência de associação entre as variáveis qualitativas foi testada usando o teste de qui-quadrado. A correlação entre variável quantitativa (idade) com as variáveis qualitativas foi calculada por meio do teste de Kruskal-Wallis. A escolha dos testes não paramétricos se justificou pelo fato das variáveis quantitativas de interesse não apresentarem distribuição normal (teste de Kolmogorov-Sminov com $p < 0,05$).

3.3 Resultados

Foram respondidos 124 questionários, a partir da divulgação em 26 de fevereiro de 2021 nas redes sociais. Todos os respondentes indicaram a anuência de participação, de acordo com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado previamente ao preenchimento do questionário. Para a análise dos resultados, do total dos 124 questionários respondidos, 15 foram excluídos por

estarem duplicados (todos os referidos questionários de cada respondente tiveram as respostas comparadas entre eles, para verificar se eram as mesmas, e somente em caso afirmativo foram excluídos) e 1 pelo fato do respondente não ser médico veterinário, caracterizando um número final de 108. A análise qualitativa incluiu 32 variáveis, e a estatística descritiva deste conjunto de dados segue descrita na Tabela 1, com suas categorias, o número de respostas por categoria (N) e a porcentagem com o intervalo de confiança (IC) de 95%.

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas

			Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%
P1	Qual o seu sexo?	Feminino	83	76,9%	68,3%	84,0%
		Masculino	25	23,1%	16,0%	31,7%
P3	Há qto. tempo está formado em Med. Veterinária?	até 5 anos	46	42,6%	33,6%	52,0%
		5-10 anos	19	17,6%	11,3%	25,6%
		10-15 anos	10	9,3%	4,9%	15,8%
		15-20 anos	9	8,3%	4,2%	14,7%
		20+ anos	24	22,2%	15,2%	30,7%
P4	Atualmente clinica atendendo quais espécies? (pode escolher mais de uma, se for o caso)	cães e gatos	76	70,4%	61,3%	78,4%
		cães	2	1,9%	0,4%	5,8%
		gatos	2	1,9%	0,4%	5,8%
		Silvestres	3	2,8%	0,8%	7,2%
		Grandes animais	1	0,9%	0,1%	4,2%
		cães, gatos e silvestres	14	13,0%	7,6%	20,2%
		cães e silvestres	4	3,7%	1,3%	8,6%
		cães, gatos e grandes animais	4	3,7%	1,3%	8,6%
		cães, gatos, silvestres e grandes	2	1,9%	0,4%	5,8%
P5	Qual o tipo de estabelecimento em que você atua? (pode escolher mais de um, se for o caso)	clin/hosp/cons	91	84,3%	76,5%	90,2%
		CCZ/ONG/Abrigo	4	3,7%	1,3%	8,6%
		Lab/Biotério	2	1,9%	0,4%	5,8%
		Outros	11	10,2%	5,5%	16,9%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%	
P6	Em uma típica semana de trabalho, você costuma trabalhar quantas horas?	até 20h	16	14,8%	9,1%	22,4%
		20-30h	10	9,3%	4,9%	15,8%
		30-40h	17	15,7%	9,8%	23,5%
		40-50h	45	41,7%	32,7%	51,1%
		50+h	20	18,5%	12,1%	26,6%
P7	Você realiza eutanásia na sua rotina de trabalho?	Sim	85	78,7%	70,3%	85,6%
		Não	23	21,3%	14,4%	29,7%
P8	Se sim, com que frequência? (em média)	até 5 proced/s/semana	4	4,6%	1,6%	10,6%
		até 5 proced/s/mês	57	65,5%	55,2%	74,9%
		5-10 proced/s/mês	4	4,6%	1,6%	10,6%
		+10 proced/s/mês	4	4,6%	1,6%	10,6%
		Variável raramente	3	3,4%	1,0%	8,9%
			14	16,1%	9,5%	24,9%
		Não realiza	1	1,1%	0,1%	5,2%
P9	Relacionamentos pessoais fora do trabalho	De maneira alguma	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Muito Pouco	49	45,4%	36,2%	54,8%
		Moderado	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Razoável	8	7,4%	3,6%	13,5%
		Muito	3	2,8%	0,8%	7,2%
P10	Administrar minhas finanças	De maneira alguma	11	10,2%	5,5%	16,9%
		Muito Pouco	34	31,5%	23,3%	40,6%
		Moderado	24	22,2%	15,2%	30,7%
		Razoável	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Muito	14	13,0%	7,6%	20,2%
P11	Número de horas trabalhadas na semana	De maneira alguma	9	8,3%	4,2%	14,7%
		Muito Pouco	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Moderado	36	33,3%	25,0%	42,6%
		Razoável	19	17,6%	11,3%	25,6%
		Muito	19	17,6%	11,3%	25,6%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%	
P12	Relacionamentos no ambiente de trabalho	De maneira alguma	13	12,0%	6,9%	19,2%
		Muito Pouco	41	38,0%	29,2%	47,3%
		Moderado	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	11	10,2%	5,5%	16,9%
P13	Disponibilidade /Oportunidade de empregos satisfatórios	De maneira alguma	17	15,7%	9,8%	23,5%
		Muito Pouco	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Moderado	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	22	20,4%	13,6%	28,7%
P14	Manter-me atualizado em meu conhecimento técnico	De maneira alguma	17	15,7%	9,8%	23,5%
		Muito Pouco	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Moderado	31	28,7%	20,8%	37,7%
		Razoável	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Muito	9	8,3%	4,2%	14,7%
P15	Cometer erros profissionais	De maneira alguma	6	5,6%	2,4%	11,1%
		Muito Pouco	24	22,2%	15,2%	30,7%
		Moderado	13	12,0%	6,9%	19,2%
		Razoável	17	15,7%	9,8%	23,5%
		Muito	48	44,4%	35,3%	53,9%
P16	Tarefas administrativas (Ex: preenchimento de prontuários, atual. de protocolos da instituição, responder e-mails, etc.)	De maneira alguma	6	5,6%	2,4%	11,1%
		Muito Pouco	32	29,6%	21,6%	38,7%
		Moderado	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	23	21,3%	14,4%	29,7%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%	
P17	Corresponder às expectativas financeiras da inst. à qual pertença (atingir metas de consultas realizadas, por exemplo, ou limitar a quant. de insumos utilizados ou testes diag. realizados, etc.)	De maneira alguma	16	14,8%	9,1%	22,4%
		Muito Pouco	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Moderado	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Razoável	18	16,7%	10,6%	24,5%
		Muito	27	25,0%	17,6%	33,8%
P18	Demandas físicas da profissão tais como movimentar ou lidar com animais ou equipamentos, ficar em pé por longos períodos de tempo ou risco de injúrias (levar mordidas, picadas ou sofrer arranhaduras, por exemplo)	De maneira alguma	17	15,7%	9,8%	23,5%
		Muito Pouco	33	30,6%	22,5%	39,7%
		Moderado	23	21,3%	14,4%	29,7%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	14	13,0%	7,6%	20,2%
P19	Comunicação com os clientes/ tutores	De maneira alguma	15	13,9%	8,3%	21,3%
		Muito Pouco	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Moderado	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	24	22,2%	15,2%	30,7%
P20	Lidar com as expectativa dos clientes/ tutores	De maneira alguma	10	9,3%	4,9%	15,8%
		Muito Pouco	20	18,5%	12,1%	26,6%
		Moderado	30	27,8%	20,0%	36,7%
		Razoável	17	15,7%	9,8%	23,5%
		Muito	31	28,7%	20,8%	37,7%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%	
P21	Disponibilidade de suporte profissional (seja por parte da chefia, dos próprios colegas ou capacit. técnica) perante uma dif. no trabalho	De maneira alguma	12	11,1%	6,2%	18,1%
		Muito Pouco	34	31,5%	23,3%	40,6%
		Moderado	20	18,5%	12,1%	26,6%
		Razoável	27	25,0%	17,6%	33,8%
		Muito	15	13,9%	8,3%	21,3%
P22	Viagens de trabalho	De maneira alguma	69	63,9%	54,6%	72,5%
		Muito Pouco	24	22,2%	15,2%	30,7%
		Moderado	11	10,2%	5,5%	16,9%
		Razoável	1	0,9%	0,1%	4,2%
		Muito	3	2,8%	0,8%	7,2%
P23	Chamadas depois do expediente de trabalho	De maneira alguma	15	13,9%	8,3%	21,3%
		Muito Pouco	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Moderado	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Razoável	18	16,7%	10,6%	24,5%
		Muito	25	23,1%	16,0%	31,7%
P24	Realizar eutanásias	De maneira alguma	16	14,8%	9,1%	22,4%
		Muito Pouco	23	21,3%	14,4%	29,7%
		Moderado	16	14,8%	9,1%	22,4%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	32	29,6%	21,6%	38,7%
P25	Ser responsável pela vida de animais	De maneira alguma	8	7,4%	3,6%	13,5%
		Muito Pouco	16	14,8%	9,1%	22,4%
		Moderado	20	18,5%	12,1%	26,6%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	43	39,8%	31,0%	49,2%
P26	Tomada de decisão clínica	De maneira alguma	14	13,0%	7,6%	20,2%
		Muito Pouco	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Moderado	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Razoável	29	26,9%	19,2%	35,7%
		Muito	18	16,7%	10,6%	24,5%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%
P27 Recursos de trabalho disponíveis tais como equipamentos, medicamentos e testes diagnósticos	De maneira alguma	17	15,7%	9,8%	23,5%
	Muito Pouco	25	23,1%	16,0%	31,7%
	Moderado	25	23,1%	16,0%	31,7%
	Razoável	26	24,1%	16,8%	32,7%
	Muito	15	13,9%	8,3%	21,3%
P28 Tempo disponível para cada caso/ paciente	De maneira alguma	19	17,6%	11,3%	25,6%
	Muito Pouco	32	29,6%	21,6%	38,7%
	Moderado	26	24,1%	16,8%	32,7%
	Razoável	22	20,4%	13,6%	28,7%
	Muito	9	8,3%	4,2%	14,7%
P29 Lidar com o luto do cliente/ tutor	De maneira alguma	14	13,0%	7,6%	20,2%
	Muito Pouco	29	26,9%	19,2%	35,7%
	Moderado	24	22,2%	15,2%	30,7%
	Razoável	23	21,3%	14,4%	29,7%
	Muito	18	16,7%	10,6%	24,5%
P30 Possibilidade de queixas/ sofrer processo por parte do cliente/ tutor	De maneira alguma	9	8,3%	4,2%	14,7%
	Muito Pouco	27	25,0%	17,6%	33,8%
	Moderado	19	17,6%	11,3%	25,6%
	Razoável	16	14,8%	9,1%	22,4%
	Muito	37	34,3%	25,8%	43,5%
P31 Resultados clínicos inesperados	De maneira alguma	11	10,2%	5,5%	16,9%
	Muito Pouco	22	20,4%	13,6%	28,7%
	Moderado	31	28,7%	20,8%	37,7%
	Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
	Muito	23	21,3%	14,4%	29,7%
P32 Qualquer comportamento aditivo meu, seja com apostas, abuso de álcool ou outras drogas, que interfira no meu trabalho	De maneira alguma	69	66,3%	56,9%	74,9%
	Muito Pouco	13	12,5%	7,2%	19,9%
	Moderado	10	9,6%	5,1%	16,4%
	Razoável	5	4,8%	1,9%	10,2%
	Muito	7	6,7%	3,1%	12,8%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas

			Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%
P33	Se você respondeu na questão 9 que a EUTANÁSIA de alguma maneira te estressa no seu dia a dia, que alternativa abaixo melhor reflete esta realidade perante a necessidade de indicação do procedimento para seu paciente:	Espero iniciativa do Tutor	38	35,2%	26,7%	44,5%
		Adio a tomada de decisão	13	12,0%	6,9%	19,2%
		Adianto tomada de decisão	9	8,3%	4,2%	14,7%
		Não afeta atendimentos	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Respostas diversas	22	20,4%	13,6%	28,7%

Fonte: elaborado pela autora (2021).

A estatística descritiva da variável quantitativa (idade) encontra-se na Tabela 2, com o número de respostas incluídas na análise (N), número de entrevistados sem a referida informação, média com desvio padrão (DP), mediana com intervalo interquartil (IQQ) e valores mínimo e máximo da variável.

Tabela 2 – Estatística descritiva da variável quantitativa com o número de respostas incluídas na análise (N), número de entrevistados sem a referida informação, média com desvio padrão (DP), mediana com intervalo interquartil (IQQ) e valores mínimo e máximo da variável.

	N	Ausentes	Média (\pm DP)	Mediana (IIQ)	Mín-Máx
P2 Idade	108	0	36.45 (\pm 10.71)	33.00 (27.00- 44.50)	22.00-60.00

Fonte: elaborado pela autora (2021).

A análise estatística buscou responder os questionamentos citados anteriormente: como a percepção da eutanásia como fator estressor poderia afetar a decisão clínica; quais outros fatores poderiam estar associados com o fato doprofissional considerar ou não a eutanásia um fator estressor, e por último, que fator seria determinante para a tomada de decisão clínica de antecipação da eutanásia.

Para tanto, os dados foram organizados da maneira que se segue: as respostas “de maneira nenhuma” e “muito pouco” foram classificadas como “não”; as respostas “moderado” foram classificadas como “neutro” e as respostas “razoável” e “muito” foram classificadas como “sim” para a questão de considerar realizar eutanásia como um fator estressor (Tabela 3 – Eutanásia como fator estressor). Para a questão sobre como a realização da eutanásia afeta a decisão clínica, as respostas “adio” e “adianto” foram consideradas como “alteram a tomada de decisão” e as respostas “espero o tutor” ou “não altera” foram consideradas como “não alteram a decisão” (Tabela 4 – Alteração da decisão clínica) e as respostas “diversas”, que permitiam preenchimento de texto, não foram alteradas.

Tabela 3 – Eutanásia como fator estressor

Considera Eutanásia como estressor?		
	n	% (IC95%)
não	39	36.11% (26.85%-46.72%)
neutro	21	19.44% (10.19%-30.05%)
sim	48	44.44% (35.19%-55.05%)

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Tabela 4 – Alteração da decisão clínica

Altera decisão clínica?		
	n	% (IC95%)
Altera	22	20.37% (12.04%-30.52%)
Não altera	64	59.26% (50.93%-69.41%)
Diversas	22	20.37% (12.04%-30.52%)

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Testando a associação entre considerar a eutanásia como estressor com a tomada de decisão clínica sobre a eutanásia, é possível observar na Tabela 5 que houve associação estatística, com $p = 0.02$.

Tabela 5 – Eutanásia como fator estressor e decisão clínica

Decisão clínica sobre a eutanásia	Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)			Total
	Não	Neutro	Sim	
Altera	2 5.13% (0.00%- 18.98%)	8 38.10% (19.05%- 61.80%)	12 25.00% (12.50%- 40.89%)	22
Diversas	7 17.95% (7.69%- 31.80%)	4 19.05% (0.00%- 42.76%)	11 22.92% (10.42%- 38.81%)	22
Não altera	30 76.92% (66.67%- 90.77%)	9 42.86% (23.81%- 66.56%)	25 52.08% (39.58%- 67.97%)	64
Total	39	21	48	108

Teste qui-quadrado $p= 0.02$

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Para a questão sobre quais outros fatores estão associados com considerar ou não a eutanásia um fator estressor, o teste de associação após reclassificação das respostas (vide detalhes no ANEXO A – Relatório de Resultados) identificou 9 itens do questionário (APÊNDICE A - Questionário) com associação estatística significativa, conforme apontado na Tabela 6:

Tabela 6 – Fatores estressores associados à eutanásia como estressor

Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)						Total	P-valor
P15							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	4	10.26% (0.00%-27.98%)	0	0.00% (0.00%-0.00%)	2	4.17% (0.00%-17.93%)	6
muito pouco	13	33.33% (20.51%-51.06%)	6	28.57% (9.52%-51.93%)	5	10.42% (0.00%-24.18%)	24
moderado	6	15.38% (2.56%-33.11%)	0	0.00% (0.00%-0.00%)	7	14.58% (2.08%-28.34%)	13
razoável	6	15.38% (2.56%-33.11%)	5	23.81% (4.76%-47.17%)	6	12.50% (0.00%-26.26%)	17
muito	10	25.64% (12.82%-43.36%)	10	47.62% (28.57%-70.98%)	28	58.33% (45.83%-72.09%)	48
Total	39		21		48		108
P18							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	11	28.21% (12.82%-44.08%)	1	4.76% (0.00%-27.59%)	5	10.42% (0.00%-26.02%)	17
muito pouco	14	35.90% (20.51%-51.77%)	7	33.33% (14.29%-56.16%)	12	25.00% (12.50%-40.60%)	33
moderado	8	20.51% (5.13%-36.38%)	2	9.52% (0.00%-32.36%)	13	27.08% (14.58%-42.68%)	23
razoável	1	2.56% (0.00%-18.43%)	8	38.10% (19.05%-60.93%)	12	25.00% (12.50%-40.60%)	21
muito	5	12.82% (0.00%-28.69%)	3	14.29% (0.00%-37.12%)	6	12.50% (0.00%-28.10%)	14
Total	39		21		48		108

0,021

0,012

Tabela 6 – Fatores estressores associados à eutanásia como estressor

		Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)			Total	P-valor
P20						
		Não	Neutro	Sim		
maneira alguma	6	15.38% (2.56%-33.22%)	0 0.00% (0.00%-0.00%)	4 8.33% (0.00%-24.19%)	10	0,029
muito pouco	11	28.21% (15.38%-46.04%)	6 28.57% (9.52%-51.64%)	3 6.25% (0.00%-22.10%)	20	
moderado	12	30.77% (17.95%-48.60%)	6 28.57% (9.52%-51.64%)	12 25.00% (12.50%-40.85%)	30	
razoável	3	7.69% (0.00%-25.53%)	4 19.05% (0.00%-42.11%)	10 20.83% (8.33%-36.69%)	17	
muito	7	17.95% (5.13%-35.78%)	5 23.81% (4.76%-46.87%)	19 39.58% (27.08%-55.44%)	31	
Total	39		21	48	108	
P21						
		Não	Neutro	Sim		
maneira alguma	9	23.08% (10.26%-40.94%)	0 0.00% (0.00%-0.00%)	3 6.25% (0.00%-22.10%)	12	0,001
muito pouco	15	38.46% (25.64%-56.32%)	4 19.05% (0.00%-41.76%)	15 31.25% (18.75%-47.10%)	34	
moderado	8	20.51% (7.69%-38.38%)	6 28.57% (9.52%-51.28%)	6 12.50% (0.00%-28.35%)	20	
razoável	4	10.26% (0.00%-28.12%)	10 47.62% (28.57%-70.33%)	13 27.08% (14.58%-42.93%)	27	
muito	3	7.69% (0.00%-25.56%)	1 4.76% (0.00%-27.47%)	11 22.92% (10.42%-38.76%)	15	
Total	39		21	48	108	

Tabela 6 – Fatores estressores associados à eutanásia como estressor

		Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)			Total	P-valor
P25						
		Não	Neutro	Sim		
maneira alguma	5	12.82% (0.00%-30.58%)	1 4.76% (0.00%-27.62%)	2 4.17% (0.00%-18.60%)	8	0,001
muito pouco	10	25.64% (12.82%-43.40%)	1 4.76% (0.00%-27.62%)	5 10.42% (0.00%-24.85%)	16	
moderado	13	33.33% (20.51%-51.09%)	3 14.29% (0.00%-37.14%)	4 8.33% (0.00%-22.77%)	20	
razoável	4	10.26% (0.00%-28.02%)	7 33.33% (14.29%-56.19%)	10 20.83% (8.33%-35.27%)	21	
muito	7	17.95% (5.13%-35.71%)	9 42.86% (23.81%-65.71%)	27 56.25% (43.75%-70.68%)	43	
Total	39		21	48	108	
P26						
		Não	Neutro	Sim		
maneira alguma	7	17.95% (5.13%-35.42%)	1 4.76% (0.00%-26.10%)	6 12.50% (0.00%-27.94%)	14	0,001
muito pouco	18	46.15% (33.33%-63.62%)	2 9.52% (0.00%-30.86%)	6 12.50% (0.00%-27.94%)	26	
moderado	7	17.95% (5.13%-35.42%)	4 19.05% (0.00%-40.39%)	10 20.83% (8.33%-36.27%)	21	
razoável	3	7.69% (0.00%-25.16%)	10 47.62% (28.57%-68.96%)	16 33.33% (20.83%-48.77%)	29	
muito	4	10.26% (0.00%-27.73%)	4 19.05% (0.00%-40.39%)	10 20.83% (8.33%-36.27%)	18	
Total	39		21	48	108	

Tabela 6 – Fatores estressores associados à eutanásia como estressor

Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)						Total	P-valor
P29							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	8	20.51% (7.69%-38.30%)	1	4.76% (0.00%-26.97%)	5	10.42% (0.00%-25.88%)	14
muito pouco	17	43.59% (30.77%-61.38%)	5	23.81% (4.76%-46.02%)	7	14.58% (2.08%-30.05%)	29
moderado	8	20.51% (7.69%-38.30%)	6	28.57% (9.52%-50.78%)	10	20.83% (8.33%-36.30%)	24
razoável	2	5.13% (0.00%-22.92%)	5	23.81% (4.76%-46.02%)	16	33.33% (20.83%-48.80%)	23
muito	4	10.26% (0.00%-28.05%)	4	19.05% (0.00%-41.25%)	10	20.83% (8.33%-36.30%)	18
Total	39		21		48		108
P30							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	4	10.26% (0.00%-27.80%)	3	14.29% (0.00%-36.12%)	2	4.17% (0.00%-19.44%)	9
muito pouco	17	43.59% (30.77%-61.14%)	3	14.29% (0.00%-36.12%)	7	14.58% (2.08%-29.86%)	27
moderado	6	15.38% (2.56%-32.93%)	3	14.29% (0.00%-36.12%)	10	20.83% (8.33%-36.11%)	19
razoável	4	10.26% (0.00%-27.80%)	6	28.57% (9.52%-50.41%)	6	12.50% (0.00%-27.78%)	16
muito	8	20.51% (7.69%-38.06%)	6	28.57% (9.52%-50.41%)	23	47.92% (35.42%-63.19%)	37
Total	39		21		48		108

0,01

0,013

Tabela 6 – Fatores estressores associados à eutanásia como estressor

		Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)			Total	P-valor	
P31		Não	Neutro	Sim			
maneira alguma	7	17.95% (5.13%-35.62%)	3	14.29% (0.00%-36.86%)	1	2.08% (0.00%-18.10%)	0,043
muito pouco	12	30.77% (17.95%-48.44%)	1	4.76% (0.00%-27.33%)	9	18.75% (6.25%-34.77%)	
moderado	10	25.64% (12.82%-43.31%)	8	38.10% (19.05%-60.67%)	13	27.08% (14.58%-43.10%)	
razoável	5	12.82% (0.00%-30.49%)	3	14.29% (0.00%-36.86%)	13	27.08% (14.58%-43.10%)	
muito	5	12.82% (0.00%-30.49%)	6	28.57% (9.52%-51.14%)	12	25.00% (12.50%-41.02%)	
Total	39		21		48	108	

Colunas com p-valor significativo no teste de Dunn com correção de Bonferroni:

*<0.05

**<0.005

***<0.001

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Para a variável qualitativa (idade), a análise de Kruskal-Wallis obteve o p-valor = 0.06, não estatisticamente significativo.

Em relação ao terceiro questionamento, sobre qual fator seria determinante para a tomada de decisão clínica de antecipação da eutanásia, é possível observar nas Tabelas 7 e 8 que houve associação estatística com o fato da eutanásia ser considerada um fator estressor.

Tabela 7 – Decisão clínica de antecipação da eutanásia

Adianta a eutanásia?	
n	% (IC95%)
	91.67% (87.96%-
Não	99 97.19%)
Sim	9 8.33% (4.63%-13.86%)

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Tabela 8 – Eutanásia como fator estressor e antecipação da decisão clínica

Considera eutanásia como estressor?	Adianta a decisão de eutanásia? (n,%,IC95%)				Total
	Não		Sim		
Não	39	39.39%(29.29%-49.93%)	0	0.00%(0.00%-0.00%)	39
Neutro	17	17.17%(7.07%-27.71%)	4	44.44%(22.22%-80.70%)	21
Sim	43	43.43%(33.33%-53.97%)	5	55.56%(33.33%-91.81%)	48
Total	99		9		108

Fonte: elaborado pela autora (2021).

4 DISCUSSÃO

Foram respondidos 124 questionários, e adotados os critérios de exclusão, foram computados 108 questionários, considerado um retorno “tímido” diante das potencialidades das redes sociais. Pode-se assumir que a discussão deste assunto ainda encontre resistências para ser abordada abertamente entre os profissionais paulistanos, como proposto no questionário, ou então que houve falha na comunicação da pesquisa com o público-alvo, para compreender a modesta adesão à pesquisa.

Assim como apontam diversos estudos internacionais realizados com a classe médica veterinária (MARTIN; RUBY; DEKING; TAUNTON, 2004; CARDWELL et al., 2013; KIPPERMAN; MORRIS; ROLLIN, 2018; DOW et al., 2019; ANDELA, 2020) esta pesquisa também foi majoritariamente caracterizada pela presença de profissionais do sexo feminino (76,9%). Costuma ser de conhecimento geral que a área da Saúde é tipicamente “feminina”, o que explicaria em parte as grandes diferenças de público nas pesquisas encontradas, assim como nesta. Uma outra hipótese a ser considerada, como vem sendo demonstrado ao longo dos trabalhos (BARTRAM; YADERGARFAR; BALDWIN, 2009; GARDNER; HINI, 2006; LOVELL; LEE, 2013; KIPPERMAN; MORRIS; ROLLIN, 2018; DOW et al., 2019), é a questão da diferença entre os gêneros dos entrevistados: as mulheres, de modo geral, se mostram com maiores níveis de empatia emocional com os animais e atentas aos assuntos voltados para o Bem Estar Animal, muitas vezes mais suscetíveis ao estresse no ambiente de trabalho, em contrapartida aos colegas do sexo masculino, e, talvez por isso, se interessem mais na participação destas pesquisas.

A idade média dos respondentes ficou em 36,45 anos (mín. 22- máx. 60 anos), o que vai de encontro à literatura pesquisada (DOW et al., 2019; ANDELA, 2020).

Um fator demográfico interessante foi a marcante presença, entre os respondentes, de profissionais com poucos anos de graduação (42,6% com até 5 anos de formado), o que nos faz cogitar a ideia de que de fato o assunto seja mais relevante para este público como apontam os estudos, em que nos mostram que os estudantes de medicina veterinária e os recém- formados nos seus primeiros anos de atuação (CARDWELL et al., 2013; MELLANBY, 2013; CHIGERWE; BOUDREAUX; IIKIW, 2014; LOVELL; LEE, 2013) demonstram altos níveis de estresse e, possivelmente,

sintomas de síndrome de *burnout*. No outro extremo, com 22,2% dos respondentes, os profissionais com mais de 20 anos de formação, fato este similar aos resultados notificados em Kipperman, Morris e Rollin (2018).

Em relação ao público-alvo da pesquisa, médicos veterinários que atendem pequenos animais, 74,2% da amostra atende somente as espécies em questão, cães e gatos, ou apenas uma delas, em sua grande maioria (84,3%) em clínicas, hospitais ou consultórios veterinários. Os demais profissionais (22,3%) atendem em sua rotina de trabalho cães, gatos, mas também silvestres ou grandes animais e 3,7% não clinicam com pequenos.

Nossos resultados mostram que 41,7% dos médicos veterinários pesquisados trabalham entre 40 e 50 horas semanais, e outros 18,5% mais de 20h. Cabe lembrar que o item “carga horária” é reconhecidamente um fator estressor de peso para o possível surgimento do quadro de síndrome de *burnout* na classe (BARTRAM; YADERGARFAR; BALDWIN, 2009; HANSEZ; SCHINS; ROLLIN, 2008; ROGELBERG et al., 2007), e isto se mostrou verdadeiro também para parte significativa desta população (68,5%) que se sente de algum modo estressada pelas longas jornadas (respostas “moderado”, “razoável”, “muito”). Entretanto, não houve associação deste parâmetro com a realização da eutanásia.

O procedimento da eutanásia é realizado por 78,7% desta amostra, em sua grande maioria (65,5%) com até 5 procedimentos/mês – poucos profissionais (4,6%) realizam mais de 10 em um mês (são os que atuam em biotério ou colhendo material para pesquisa). Outros 16,1% raramente o realiza, incluindo respostas com frequência de um procedimento a cada três ou quatro meses. Estes dados foram consoantes com os de Dow et al. (2019), em que 68,3% da amostra realizava menos que 5 eutanásias/semana, ou seja, este não costuma ser um procedimento corriqueiro na rotina do médico veterinário a depender do contexto em que trabalhe.

Analisando os dados obtidos na Tabela 3, este estudo mostra que para 44,44% da amostra a eutanásia é reconhecida como um fator estressor, contra 36,11% que não a percebem desta maneira. Esta realidade tem sido comumente encontrada principalmente com profissionais que atuam em abrigos, animais de produção ou de laboratório, público-alvo de boa parte das pesquisas já realizadas sobre o tema (ARLUKE, 1991; ROGELBERG et al. 2007; ROHLF; BENNETT, 2005), ou então quando o assunto envolve os dilemas morais na rotina médica veterinária, em que a eutanásia costuma ser apontada como importante causa geradora destas condições

(KIPPERMAN; MORRIS; ROLLIN, 2018; HARTNACK et al., 2016); portanto, os dados apontados pelos médicos veterinários paulistanos parecem indicar que os profissionais que atendem pequenos animais também dão sinais de desconforto em relação ao assunto, e, desse modo, existe a necessidade de se prosseguir com as pesquisas, para entendermos de que modo eles estão sendo afetados em suas rotinas, seja no âmbito profissional ou pessoal, e quais impactos podem gerar em seus atendimentos.

Nota-se que 59,26% dos médicos veterinários revelaram não alterar sua decisão clínica (incluindo as respostas “esperar pela iniciativa do tutor em iniciar a conversa” ou não ter sua conduta clínica afetada), e 20,37% admitiram que a decisão clínica é alterada.

Quando os dados são relacionados (tabela 5 - Eutanásia como fator estressor e decisão clínica), nota-se que entre os que responderam que percebem a eutanásia como um fator estressor, a maioria (52,08%) não altera a decisão clínica sobre a eutanásia; entretanto, quando se compara essa proporção com os indivíduos que não a consideram como fator estressor, nota-se nesse grupo que a proporção é ainda maior (76,92%). Ou seja, de qualquer modo existe uma tendência do profissional em exibir uma postura mais passiva nestes casos, o que inclui aguardar a manifestação por parte dos clientes sobre o assunto. Apenas 25% dos entrevistados que consideram o procedimento um fator estressor alteram sua decisão clínica sobre o mesmo.

Nossos resultados corroboram o que se percebe na rotina de atendimentos dos serviços veterinários, mas alguns autores (AGOSTINHO; LÉGA, 2009; GARDNER; MCVETY, 2016), inclusive adeptos ao segmento dos Cuidados Paliativos em Medicina Veterinária, defendem a ideia de que o profissional seja o primeiro a trazer o assunto à tona quando o momento for pertinente – o que deverá trazer alívio e conforto aos tutores, e liberdade para pensar sobre esta possibilidade da eutanásia.

Do ponto de vista do Bem-estar animal e considerando o quanto o estado emocional em desequilíbrio do médico veterinário mediante essas condutas podem ou não afetar de fato o paciente sugere-se um maior aprofundamento dos dados inicialmente coletados nesta pesquisa, utilizando-os como ponto de partida para os futuros pesquisadores. Para avaliarmos se a tendência de não alterar a decisão clínica coloca em risco seu bem-estar, seria necessário uma visão ampliada de cada caso, compreendendo inclusive o que o profissional define como qualidade de vida, como

ele determina quando é o momento mais adequado de realizar o procedimento e por certo se ele entende as questões que envolvem o conceito de Bem-estar Animal, por exemplo.

A análise dos resultados da pesquisa, conforme nos mostra a tabela 6, também conseguiu estabelecer as questões com associação estatística relevante com o procedimento da eutanásia, lembrando que ao entrevistado era perguntado “quanto cada fator colabora para você se sentir estressado na sua rotina de médico veterinário?”

Importante apontar que os itens que compõem a questão 9 do questionário são reconhecidamente estabelecidos pela literatura como importantes fatores estressores relacionados ao dia a dia de trabalho do médico veterinário, que podem, em última instância, levá-los aos quadros de síndrome de *burnout* e fadiga por compaixão.

O primeiro item associado, com p-valor $<0,021$, foi “Cometer erros profissionais”. Para os profissionais que percebem a eutanásia como um fator estressor (n:48), esta questão parece ser mais relevante, com um total de 85,38% entre as respostas “moderado”, “razoável” e “muito”. Já os que não a consideram um fator estressor (n: 39), o total de respostas “moderado”, “razoável” e “muito” ficou em 56,4%. Entretanto, para aqueles com uma postura neutra em relação ao procedimento da eutanásia (n: 21), a distribuição de respostas ficou menos homogênea, mas ainda assim segue um fator estressor– 71,43% de respostas “razoável” e “muito”.

“Demandas físicas da profissão tais como movimentar ou lidar com animais ou equipamentos, ficar em pé por longos períodos de tempo ou risco de injúrias (levar mordidas, picadas ou sofrer arranhaduras, por exemplo)” apresentou p-valor $<0,012$. Para aqueles que não consideram a eutanásia um fator estressor (n: 39) este item parece apresentar menor relevância, com 28,21% de respostas “de maneira alguma” e 35,90% “muito pouco”. Por outro lado, para os que responderam “sim” para a eutanásia como fator estressor (n: 48), as respostas estão praticamente distribuídas de modo homogêneo entre as categorias, mostrando índices ligeiramente menores justamente nos extremos, ou seja, nas respostas “de maneira alguma” com 10,42% e “muito” com 12,50%. Para aqueles com uma postura neutra em relação ao procedimento da eutanásia (n: 21), os dados apresentam novamente uma distribuição heterogênea, principalmente na resposta “muito pouco” com 33,33% da amostra e “razoável” com 38,10%.

O terceiro item associado, “lidar com as expectativas dos clientes/tutores” obteve p-valor 0,029. Para aqueles que consideram a eutanásia um fator estressante (n: 48), este fator também apresenta grande relevância entre os profissionais, com 85,41% das respostas em “moderado”, “razoável” e “muito”, muito diferente entre aqueles que responderam “não” (n: 39), em que houve predomínio das categorias “de maneira alguma” (15,38%), “muito pouco” (28,21%) e “moderado” (30,77%). A distribuição das respostas entre aqueles com uma atitude neutra (n: 21) sobre a eutanásia foi de modo geral bem homogênea, com exceção da categoria “de maneira alguma”, que não obteve nenhuma resposta.

A questão “Disponibilidade de suporte profissional perante uma dificuldade no trabalho”, com p-valor 0,001, mostrou uma distribuição de respostas mais uma vez homogênea entre os profissionais que consideram a eutanásia um fator estressor (n: 48), com uma taxa levemente elevada para a categoria “muito pouco”, 31,25%. Entretanto, para os que responderam “não” (n: 39), o assunto parece ter pouco impacto nos profissionais, com 82,05% das respostas em “de maneira alguma”, “muito pouco” e “moderado”. Naqueles com reação neutra (n: 21), as respostas se concentraram nas categorias “muito pouco” (19,05%), “moderado” (28,57% e “razoável” (47,62%).

A associação com “Ser responsável pela vida de animais”, com p-valor de 0,001, revela que para aqueles com resposta “sim” (n: 48) esta questão aparenta grande relevância: somente a categoria “muito” representa 56,25% da amostra, “razoável” ficou com 20,83% e “moderado” 8,33%. Entretanto, para aqueles com uma postura neutra (n: 21), a somatória das respostas destas mesmas categorias ficou em 90,48% da amostra. Entre os profissionais que responderam “não” (n: 39) já houve uma distribuição mais homogênea entre as categorias, com leve predomínio da resposta “moderado” (33,33%).

A próxima questão trata da “Tomada de decisão clínica”, e também apresentou p-valor de 0,001. Chama a atenção que esta parece ter mais impacto entre aqueles com uma reação neutra (n: 21), sendo que 85,72% das respostas se concentraram nas categorias “moderado”, “razoável” e “muito”, contra 74,99% nas mesmas categorias para os médicos veterinários que percebem a eutanásia como um fator estressor (n: 48). Entre os que responderam “não” (n: 39), 17,95% da amostra se concentrou em “de maneira alguma”, 46,15% em “muito pouco” e 17,95% em moderado.

O item “Lidar com o luto do tutor/cliente” apresentou p-valor 0,01. Seguiu com distribuição semelhante, e de modo geral homogênea entre as categorias, entre aqueles com resposta “sim” (n: 48) e a postura neutra (n: 21) em relação à eutanásia. Já para os que responderam “não”, esta questão se concentrou nas categorias “de maneira alguma” com 20,51% das respostas, “muito pouco”, com 43,59%, e “moderado”, com 20,51%.

Seguindo com “Possibilidade de queixas/sofrer processos por parte do cliente/tutor”, com p-valor de 0,013, percebe-se que esta é uma questão de impacto para os profissionais que responderam “sim” (n: 48), em que 47,92% das respostas se concentraram na categoria “muito” e 20,83 na “moderado”. Para os de reação neutra (n: 21), a distribuição das respostas foi mais homogênea entre todas, com elevado acréscimo entre “razoável” (28,57%) e “muito” (28,57%). O mesmo se aplica para os que não percebem a eutanásia como fator estressor (n: 39), com elevado acréscimo entre os extremos “muito pouco” (43,59%) e “muito” (20,51%).

Por último, “Resultados clínicos inesperados”, com p-valor de 0,043, acumulou 79,16% das respostas entre os que responderam “sim” (n: 48) nas categorias “moderado”, “razoável” e “muito”. Com os profissionais de reação neutra (n: 21), as respostas se concentraram principalmente em “moderado” (38,10%) e “muito” (28,57%). Já entre aqueles que responderam “não” (n: 39) a distribuição também foi de modo geral homogênea, com leve acréscimo na categoria “muito pouco” (30,77%).

O que nossos dados parecem indicar, analisando as respostas acima, é que para os profissionais que consideram a eutanásia como fator estressor, as demais questões tendem a adquirir um peso maior em seus relatos, colaborando para o estabelecimento de uma rotina talvez ainda mais exaustiva. Por outro lado, olhando a distribuição das respostas nas categorias “de maneira alguma”, “muito pouco” e até mesmo “moderado”, parece que entre os que não a percebem como fonte de estresse, esses mesmos fatores que são reconhecidos na literatura como potenciais estressores, não são valorizados como tal. Pode-se cogitar, como hipótese, que um profissional sob estresse terá uma tendência de olhar para outros aspectos implicados em seu ambiente de trabalho, ou até mesmo pessoal, também sob um prisma mais negativo ou pessimista. Isto há que ser mais bem elucidado no futuro.

Em relação ao questionamento sobre qual fator seria determinante para a tomada de decisão clínica de antecipação da eutanásia, os resultados deste estudo mostraram que o fato da eutanásia ser percebida como um fator estressor influencia

na tomada de decisão dos clínicos (Tabela 7 – Decisão clínica de antecipação da eutanásia e Tabela 8 – Eutanásia como fator estressor e antecipação da decisão clínica). No todo, 91,67% não costuma adiantar o procedimento, contra 8,33% que afirma que sim. Feitas as associações estatísticas, como proposto, 55,56% dos que a consideram um fator estressor adiantam a decisão da eutanásia, e os que adotam uma postura neutra, 44,44%, também a adiantam. Já no grupo dos que não a consideram um fator estressor, 39,39% dos entrevistados não adiantam a decisão da eutanásia, sem nenhuma resposta “sim” para a antecipação do procedimento.

O que futuramente possa ser melhor investigado sejam as motivações dos profissionais que se apresentam com uma reação neutra para antecipar esta decisão clínica.

Em paralelo, observando os comentários elaborados por alguns clínicos na questão 11: “Sinta-se à vontade para fazer qualquer observação sobre o tema, que achar relevante, e que não tenha sido abordado nas questões anteriores” (APÊNDICE C – Compilado Questão 11), é possível notar, de modo latente nos discursos, uma série de sentimentos que permeiam suas rotinas tais como dúvida, culpa, desconforto, tristeza e angústia, e mesmo a descrença na medicina praticada pelos colegas. Entretanto alguns profissionais também relataram que percebem a prática da eutanásia como um instrumento capaz de promover alívio naquele que está em sofrimento.

Para lidar com esta realidade, muitos se utilizam de algumas estratégias tais como o constante diálogo com o tutor, inclusive descrevendo o passo-a-passo do que é a eutanásia, e permanente atualização profissional.

Os relatos parecem indicar também alguns outros descontentamentos: a presença de situações com pedidos de eutanásia por conveniência, que geram estresse, ou por falta de recurso financeiro para cuidar do animal; o incômodo com a imagem perante os clientes de um profissional “frio e calculista” ao adotar uma postura mais distante emocionalmente; a falta de autonomia no ambiente de trabalho; a dificuldade para lidar com o luto dos tutores; e por último, o desejo de “educar” os tutores sobre o tema da morte, com o intuito de torná-la mais aceitável – falas que retratam uma realidade similar à mencionada por Naurath (2015) em relação aos profissionais cariocas.

Conforme as explicações anteriormente descritas, percebe-se entre os profissionais paulistanos o ambiente propício para o surgimento dos quadros de

síndrome de *burnout*, fadiga por compaixão ou até mesmo sintomas depressivos ou os transtornos de espectro ansioso, a depender claramente da predisposição individual, histórico de vida e demais fatores que interferem no surgimento destas condições – isto é, se nada for feito no sentido profilático.

Em termos de estratégias individuais, que cada profissional consiga achar meios de equilibrar o tempo disponibilizado para o trabalho, e para sua vida pessoal. Desse modo, poderia se dedicar a atividades que aliviem o estresse tais como a prática de atividade física ou de um hobby favorito (seja pintura, leitura, estar com seu animal de estimação, ouvir música, etc), exercitar técnicas de meditação ou yoga (LOVELL; LEE, 2013; MOIR; VAN DEN BRINK, 2019; DOWLING, 2018), e inclusive buscar ajuda profissional, incluindo a de um psicólogo ou psiquiatra, para abordar as questões da esfera emocional (SOARES, 2019). É no processo psicoterapêutico que ele conseguirá, por exemplo, refletir sobre sua escolha profissional, as dificuldades enfrentadas no dia a dia de trabalho, inclusive com os tutores, a relação com a morte de seus pacientes, e certamente todas as questões pertinentes de sua vida pessoal e auto-estima (SOARES, 2019).

No âmbito institucional, buscar ajuda entre os colegas mais experientes ou de confiança, seguir com a educação continuada nas áreas em que se sentir menos capacitado tecnicamente e mais geradoras de angústias na rotina de trabalho, fazer estágios monitorados (GORDON, 2020). É sabido que a medicina veterinária tende a ser uma profissão em que o profissional costuma ser geralmente treinado para atuar de modo solitário, e que mesmo se percebendo doente, demora a buscar ajuda, seja ela qual for (MOIR; VAN DEN BRINK, 2019); estimular a troca de conhecimentos entre colegas pode ser muito benéfico, não somente em termos técnicos, mas principalmente pelos ganhos afetivos e sociais - o incentivo ao trabalho em equipe e senso de pertencimento.

Entretanto, aos gestores locais (de clínicas, hospitais veterinários e demais serviços) cabe uma mudança de paradigma, se pretende-se uma melhora no atual quadro: é vital que estes compreendam que a saúde de seus colaboradores também é uma responsabilidade da organização. Quando isto é uma missão da instituição, valores são convertidos em ações. Horários de trabalho mais flexíveis, serviço de mentoria com os profissionais mais experientes para os recém-contratados/formados, canais de comunicação entre chefia e demais colaboradores bem estabelecidos, grupos de discussão de casos entre colegas ou outras categorias são algumas das

estratégias que podem ser adotadas para melhorar o ambiente de trabalho e preparar melhor a equipe para as adversidades diariamente enfrentadas (MOIR; VAN DEN BRINK, 2019; GORDON, 2020).

Assim é que o que parece estar bem estabelecida é a presença de alguns fatores estressores na medicina veterinária, entre eles a eutanásia, para os profissionais que atuam principalmente em abrigos, com animais de produção ou de laboratório. Quando estas, e outras questões não são abordadas com o devido cuidado ao longo do tempo podem surgir os quadros atualmente discutidos como síndrome de *burnout*, fadiga por compaixão e depressão.

O que este trabalho conseguiu *também* demonstrar, não somente através da revisão bibliográfica sobre o tema, mas inclusive com os dados coletados na pesquisa realizada, é que inclusive os médicos veterinários que trabalham na clínica de pequenos parecem padecer com o assunto, mais notadamente em relação aos dilemas morais causados pela prática da eutanásia – apesar de considerá-la um importante instrumento de trabalho.

Entretanto, o que os estudos nos apontam (ROHLF; BENNET, 2005; GARDNER; HINI, 2006; HUGGARD; HUGGARD, 2008) como fator positivo, ou protetivo: o tempo de trabalho na instituição, a experiência do profissional, e até mesmo o fator idade podem ajudar a diminuir os escores de estresse apresentados, desenvolvendo no indivíduo estratégias de enfrentamento às adversidades através de competências tais como resiliência e competência emocional.

Ademais, algumas outras medidas que deveriam ser consideradas, com o objetivo de melhor capacitar o médico veterinário a lidar com o novo contexto de trabalho enfrentado: a mudança de currículo nas faculdades de medicina veterinária incluindo temas como manejo de estresse e luto, como promover a autoestima, práticas de *mindfulness*, técnicas de trabalho em grupo e comunicação – incluindo as más notícias e Psicologia, ou seja, preparando o profissional a também saber cuidar de si e melhor se relacionar com os tutores – mesmo que fosse com a oferta de créditos optativos durante a graduação (MOIR; VAN DEN BRINK, 2019; GORDON, 2020). Para aqueles profissionais que já estão no mercado de trabalho, uma rápida pesquisa pelo site de pesquisa Google em algumas das principais instituições de ensino de São Paulo para cursos de pós-graduação, e os assuntos mais encontrados, em poucas delas, são somente sobre capacitação em Cuidados Paliativos e Tratamento da Dor, de modo geral, e dois cursos apenas ofereciam os tópicos de

Tanatologia e Psicologia das Relações Homem-Animal, mostrando como estes ainda são todos cuidados pouco oferecidos.

O que se sugere, do mesmo modo, é que as pesquisas continuem, para conhecermos mais a fundo a nossa realidade em relação a este tema tão importante.

Tão importante que McMillan (2001) nos traz um posicionamento em relação à eutanásia que pode ser considerado instigante. O autor argumenta que seu objetivo maior não é a morte. Um componente essencial é a intenção do ato, que no caso deve ser o de ajudar o indivíduo em questão, aqui considerado um ato de misericórdia.

O argumento principal é que o procedimento não é feito para terminar a vida, não é este o propósito, senão que o subproduto do objetivo, de acabar com o desconforto. Ou seja, a morte é o infeliz e inevitável efeito ao se atingir este objetivo.

Isto nos mostra que de fato ainda temos que aprender muito sobre o assunto.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo conseguiu estabelecer que a eutanásia é um fator estressor para uma parcela dos médicos veterinários entrevistados, e como tal, pode afetar a decisão destes profissionais em relação ao momento de iniciar a conversa com o tutor sobre a realização do procedimento.

REFERÊNCIAS

- ABINPET– ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE PRODUTOS PARA ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO. **Mercado pet Brasil 2020**. São Paulo, 2020. Disponível em: <http://abinpet.org.br/mercado/>. Acesso em: 31jul.2020.
- AGOSTINHO, J.J.; LÉGA, E. Aplicações clínicas e éticas da eutanásia em pequenos animais. **Nucleus Animalium**, vol. 1, n. 1, p. 23- 35, maio 2009. doi:10.3738/1982.2278.163
- ANDELA, M. *Burnout*, somatic complaints, and suicidal ideations among veterinarians: Development and validation of the Veterinarians Stressors Inventory. **Journal of Veterinary Behaviour**, n.37, p.48–55, 2020. doi:10.1016/j.jveb.2020.02.003
- ARLUKE, A. Coping with euthanasia: a case study of shelter culture. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol.198, n.7, p.1176-1180, maio 1991.
- ARLUKE, A. Managing emotions in an animal shelter. In: MANNING, A.; SERPELL. **J. Animals & Society: changing perspectives**. Londres, p.145-165,1994.
- BARBOSA, S.C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J.S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, vol. 14, n.3, p. 315- 323, 2014.
- BARTRAM, D.J. A cross-sectional study of mental health and well-being and their associations in the UK veterinary profession. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Reino Unido, mar. 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/24208384_A_Cross-sectional_Study_of_Mental_Health_and_Well-being_and_their_Associations_in_the_UK_Veterinary_Profession. Acesso em: 28 set. 2020.
- BARTRAM, D.J.; BALDWIN, D.S. Veterinary surgeons and suicide: a structured review of possible influences on increased risk. **Veterinary Record**, vol. 166, n. 13, p.388-397, mar. 2010. doi:10.1136/vr.b4794
- BARTRAM, D.J.; YADEGARFAR, G.; BALDWIN, D.S. Psycho social working conditions and work-related stressors among UK veterinary surgeons. **Occupational medicine**, vol.59, n.5, p.334-341, ago. 2009. doi:10.1093/occmed/kqp072
- BOYD, J. W.; MALOWNEY, M. J.; MOSES, L. Ethical conflict and moral distress in veterinary practice: a survey of North American veterinarians. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, vol.32, n.6, p.2115-2122, out. 2018. doi:10.1111/jvim.15315
- BROOM, D. M.; MOLENTO, C. F. M. Bem-estar animal: conceito e questões Relacionadas – revisão. **Archives of Veterinary Science**, vol. 9, n. 2, p.1-11, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/veterinary/article/view/4057/3287>. Acesso em: 17 nov. 2021.

BSAVA CONGRESS. Work-related stress and its impact on the veterinary profession. **Veterinary Record**, vol.176, n.19, mai. 2015. doi:10.1136/vr.h2227

CARDWELL, J. M. et al. A cross-sectional study of mental health in UK veterinary under graduates. **Veterinary Record**, vol.173, n.11, set. 2013. doi:10.1136/vr.101390

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach *Burnout* Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em Estudo**, vol. 9, n. 3, p.499-505, set./dez. 2004.

CEBALLOS, M.C.; SANT'ANNA, A.C. Evolução da ciência do bem-estar animal: aspectos conceituais e metodológicos. **Rev. Acad. Ciên. Anim.**, vol.16, Ed.Especial Bem-Estar e Comportamento Animal, p. 1- 24, 2018. doi: 10.7213/1981-4178.2018.161103

CHIGERWE, M.; BOUDREAUX, K.A.; IIKIW, J.E. Assessment of *burnout* in veterinary medical students using the Maslach *Burnout* Inventory- Educational Survey: a survey during two semesters. **BMC Medical Education**, vol. 14, n. 255, p.1-7, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA. **Guia Brasileiro de Boas Práticas em Eutanásia em Animais**.Brasília: CFMV, 2012, 35 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de Responsabilidade Técnica e Legislação**. 4. ed. rev. São Paulo: CRMV, 2019, 484p.

DOW, M. Q. et al. Impact of dealing with bereaved clients on the psychological wellbeing of veterinarians. **Aust. Vet. J.**, vol. 97, n. 10, p. 382- 389, jul. 2019. doi:10.1111/avj.12842

DOWLING, T. Compassion does not fatigue. **Can. Vet. J.**, vol. 59, n. 7, p. 749- 750, 2018.

FAO. Dog population management: report of the FAO/WSPA/IZSAM expert meeting. **Animal Production and Health Report**,n.6. Itália, mar.2011, 76p. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i4081e.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

FARACO,C.B. **Interação Humano-cão: o social constituído pela relação interespécie**. 2008. 108 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/620/1/400810.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020.

FELIX, Z.C.et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.18, n.9, p. 2733-2746, set. 2013.

GAEDTKE, K. M. Afeto e cuidado nas relações entre humanos e seus animais de estimação. **Dossiê – Humanimalia: espaço, agência e não-humanos**, p. 84- 99, nov. 2019. doi: 10.5433/2176-6665.2019.3V24N3P84

GARDNER, D. H.; HINI, D. Work-related stress in the veterinary profession in New Zealand. **New Zealand Veterinary Journal**, vol.54, n.3,p.119-124, 2006.

GARDNER, M.; McVETY, D. Handling euthanasia in your practice. **Today's Veterinary Practice**, p. 127-133, 2016.

GORDON, S. Enhancing the wellbeing of veterinarians. **New Zealand Veterinary Journal**, vol. 68, n. 1, p. 1- 2, 2020. doi: 10.1080/00480169.2020.1677206

GUIMARÃES, T. **Suicídio e ocupação**: um estudo comparado. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Rio de Janeiro, 2012.

HANG-COSTA, T.A. **Caracterização dos óbitos de médicos veterinários e zootecnistas no Brasil entre 2006-2012**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, BeloHorizonte,2015.

HANSEZ, I.; SCHINS, F.; ROLLIN, F. Occupational stress, work-home interference and *burnout* among Belgian veterinary practitioners. **Irish Veterinary Journal**, vol.61, n. 4, p.233-241, 2008.

HARTNACK, S. et al. Attitudes of Austrian veterinarians towards euthanasia in small animal practice: impacts of age and gender on views on euthanasia. **BMC Veterinary Research**, vol.12, n. 26, 2016. doi:10.1186/s12917-016-0649-0

HUGGARD,P.K.;HUGGARD,E.J. When the Caring Gets Tough: Compassion fatigue and veterinary care. **VetScript**, p.1-7, 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.Rio de Janeiro:IBGE, 2015,100p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020.

ICAM. **Humane cat population management guidance**. S.d., 21p. Disponível em: <https://www.icam-coalition.org/wp-content/uploads/2017/03/Humane-cat-population-English.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

KIPPERMAN, B.; MORRIS, P.; ROLLIN, B. Ethical dilemmas encountered by small animal veterinarians: characterisation, responses, consequences and beliefs regarding euthanasia. **Veterinary Record**, vol.182, n.19, fev. 2018. doi:10.1136/vr.104619

KNESL, O. et al. Veterinarians and humane endings: when is it the right time to euthanize a companion animal? **Frontiers in Veterinary Science**, v. 4, artigo 45, p.1-7, 2017. doi: 10.3389/fvets.2017.00045.

LOVELL, B.L.; LEE, R.T. *Burnout* and health promotion in veterinary medicine. **Canadian Veterinary Journal**, vol.54, p.790-791, 2013.

LOW, P. **The Cambridge Declaration on Consciousness**. Disponível em: <http://fcmconference.org/img/CambridgeDeclarationOnConsciousness.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

MCMILLAN, F.D. Rethinking euthanasia: death as an unintentional outcome. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 219, n. 9, p. 1204-1206, nov. 2001.

MARTIN, F.; RUBY, K.L.; DEKING, T.M.; TAUNTON, A.E. Factors associated with client, staff and student satisfaction regarding small animal euthanasia: procedures at a veterinary teaching hospital. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol.224, n.11, p.1774-1779, jun. 2004. doi:10.2460/javma.2004.224.1774

MASLACH, C.; GOLDBERG, J. Prevention of *burnout*. New perspectives. **Applied & Preventive Psychology**, vol.7, n. 1, p. 63-74, dez. 1998. doi: 10.1016/S0962-1849(98)80022-X

MELLANBY, R.J. Improving wellbeing in the veterinary profession: recent advances and future challenge. **Veterinary Record**, 2013. doi:10.1136/vr.f4961.

MCDONALD, M.; MORGAN, C.A. Ethical dilemmas in veterinary medicine. **Vet. Clin. Small Anim.**, vol.37, n. 1, p.165-179, 2007. doi:10.1016/j.cvsm.2006.09.008.

MOIR, F.M.; VAN DEN BRINK, A.R.K. Current insights in veterinarians' psychological wellbeing. **New Zealand Veterinary Journal**, 2019. doi: 10.1080/00480169.2019.1669504

NAURATH, P.E. **A eutanásia na prática clínica veterinária: conflitos bioéticos envolvidos na tomada de decisão**. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Niterói, 2015.

PAWS AND CLAWS. IPSOS-REID. Pet ownership study: a syndicated study on Canadian pet ownership. June, 2001. Folheto. In: FARACO, C.B. **Interação Humano-cão: o social constituído pela relação interespecie**. 2008. 108 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/620/1/400810.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020.

PERSSON et al. Philosophy of a “Good Death” in Small Animals and Consequences for Euthanasia for Animal Law and Veterinary Practice. **Animals**, vol. 10, n. 1, p. 124, jan. 2020. doi:10.3390/ani10010124.

- PLATT, B. et al. Systematic review of the prevalence of suicide in veterinary surgeons. **Occupational Medicine**, vol.60, n.6, p.436-446, jun.2010. doi:10.1093/occmed/kqq044
- PULZ, R.S.; KOSACHENCO, B.; BAGATHINI, S.; SILVEIRA, R.S.; MENEGOTTO, G.N.; SCHNEIDER, B.C. A eutanásia no exercício da medicina veterinária: aspectos psicológicos. **Veterinária em Foco**. Canoas, vol.IX, n.1, p. 88-94, jul/dez, 2011.
- RAYNER et al. Assessment of an educational intervention on the knowledge and attitudes of Indian national veterinarians to animal welfare and euthanasia. **J. Vet. Med. Educ.**, vol.47, n. 2, p. 202-217, abr. 2020. doi:10.3138/jvme.0518-063r.
- REBUELTO, M. Ethical dilemmas in euthanasia of small companion animals. **The Open Ethics Journal**, vol.02, p.21-25, 2008. doi:10.2174/1874761200802010021
- ROCHA, F. D. L. **Burnout e fadiga por compaixão: o mal dos tempos modernos?** Monografia (Aprimoramento profissional) – Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinária/UNESP, Medicina Veterinária e Saúde Pública, Jaboticabal, 2016.
- ROGELBERG, S.G. et al. Impact of euthanasia rates, euthanasia practices, and human resource practices on employee turnover in animal shelters. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. CCXXX, n.5, p.713-9, mar. 2007.
- ROHLF, V.; BENNETT, P. Perpetration-induced Traumatic Stress in Persons Who Euthanize Nonhuman Animals in Surgeries, **Animal Shelters, and Laboratories. Society and Animals**, ano XIII, n.3, p.201-19, 2005.
- ROLLIN, B. E. The use and abuse of Aesculapian authority in veterinary medicine. **JAm Vet Med Assoc**, vol.220, n.08, p.1144- 1149, abr.2002. doi:10.2460/javma.2002.220.1144
- SÃO PAULO. **Lei nº 12.916, de 16 de abr. de 2008**. Dispõe sobre o controle da reprodução de cães e gatos e dá providências correlatas. São Paulo, SP, abr. 2008. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2008/lei-12916-16.04.2008.html>. Acesso em: 13 jul. 2021.
- SCOTNEY, R.L.; MCLAUGHLIN, D.; KEATES, H.L. A systematic review of the effects of euthanasia and occupational stress in personnel working with animals in animal shelters, veterinary clinics, and biomedical research facilities. **J Am Vet Med Assoc.**, vol.247, n. 10, p. 1121-1130, nov. 2015.
- SILVA, C.R.; GOMES, A.A.D.; SILVA, A.R.S. Transtornos mentais e autoexterminio: fatos reais, mas ainda negligenciados entre os médicos veterinários. **Clínica Veterinária Blog**. São Paulo, 30 jul. 2020. Disponível em: <https://revistaclinicaveterinaria.com.br/blog/transtornos-mentais- autoexterminio-fatos-reais-negligenciados-medicos-veterinarios/> Acesso em: 09 mai. 2021.

SOARES, C.A. Síndrome de *burnout* e suicídio sob a luz da medicina veterinária sistêmica. **Boletim Técnico ABRAVAS**, ano IV, n. 40, p. 1 -12, nov. 2019. Disponível em: <http://abravas.org.br/files/arquivo/198/boletim-burnout.pdf> . Acesso em: 13 fev. 2022.

SOUZA, M. V. et al. Levantamento de dados e causas de eutanásia em cães e gatos: avaliação ética-moral. **Pubvet**, vol.13, n.11, p.1-13, nov. 2019. doi:10.31533/pubvet.v13n11a451.1-13

TATIBANA, L.S.; COSTA-VAL, A. da. Relação homem-animal de companhia e o papel do médico veterinário. **V & Z em Minas**. Projeto de Educação Continuada. CRMVMG, ano XXVIII, n. 103, out./nov./dez. 2009.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> . Acesso em: 23 jan. 2022.

ZANI, G. L.; ROSA, C. L.; MACHADO, M. A. Síndrome de *burnout* e a fadiga da compaixão: das vulnerabilidades dos profissionais de veterinária. **Braz. J. of Develop.**, vol.6, n. 1, p.4107-4123, jan. 2020. doi:10.34117/bjdv6n1-292

APÊNDICE A – Questionário

Por favor, leia com muita atenção as instruções a seguir:

Todas as respostas serão mantidas no **anonimato**;

A participação é voluntária. Você pode optar por não enviar o questionário a qualquer momento ou omitir alguma resposta para uma pergunta em particular caso o queira;

Ao enviar o questionário preenchido, você está dando consentimento para o uso da informação provida.

1. Qual o seu sexo? _____
2. Qual a sua idade? _____ anos
3. Há quanto tempo está formado em Medicina Veterinária?
 Até 5 anos Entre 5-10 anos Entre 10-15 anos Entre 15-20 anos
 Mais de 20 anos
4. Atualmente clínica atendendo quais espécies (pode escolher mais de uma, se for o caso)? Cães Gatos Aves Coelhos Ferrets (ou furões)
 Roedores (porquinhos-da-Índia, hamsters, chinchilas, gerbils)
 Outros (especifique) _____.
5. Qual o tipo de estabelecimento em que você atua? (pode escolher mais de um, se for o caso): Clínica/Consultório veterinário Hospital veterinário
 UTI veterinária abrigo (de cães ou gatos) Realiza atendimentos Domiciliares Centro de Controle de Zoonoses Organização não-governamental (ONG) Biotério Outros (especifique) _____.
6. Em uma típica semana de trabalho, você costuma trabalhar quantas horas? até 20h De 20 a 30h De 30 a 40h De 40 a 50h Mais de 50h
7. Você realiza eutanásia na sua rotina de trabalho? Sim Não
8. Se sim, com que frequência (em média)? Até 03 procedimentos/mês Até 05 procedimentos/mês De 5-10 procedimentos/mês Mais de 10 procedimentos/mês
 Outros (especifique) _____.
9. Sabemos que o dia a dia da rotina de trabalho do médico veterinário pode ser cansativo. Abaixo você encontrará uma lista de possíveis fatores estressores, que você deverá classificar de acordo com sua vivência pessoal, respondendo à seguinte pergunta: **“Quanto que cada fator abaixo colabora para você se sentir estressado na sua rotina de médico veterinário?”**

	De maneira alguma	Muito pouco	Moderado	Razoável	Muito
Relacionamentos pessoais e do trabalho					
Administrar minhas finanças					
Qualquer comportamento aditivo meu, seja com apostas, abuso de álcool ou outras drogas, que interfira no meu trabalho					
Número de horas trabalhadas na semana					
Relacionamentos no ambiente de trabalho					
Disponibilidade/Oportunidade de empregos satisfatórios					
Manter-me atualizado em meu conhecimento técnico					
Cometer erros profissionais					
Tarefas administrativas (Ex.:preenchimento de prontuários, atualizações de protocolos da instituição, responder e-mails,etc.)					
Corresponder às expectativas financeiras da instituição a qual pertença (atingir metas de consultas realizadas, por exemplo, ou limitar a quantidade de insumos utilizados ou testes diagnósticos realizados, etc.)					
Demandas físicas da profissão tais como movimentar ou lidar com animais ou equipamentos, ficar em pé por longos períodos de tempo ou risco de injúrias (levar mordidas, picadas ou sofrer arranhaduras,por exemplo)					
Comunicação com os clientes/tutores					
Lidar com as expectativas dos clientes/tutores					

Disponibilidade de suporte profissional (seja por parte da chefia, dos próprios colegas ou capacitação técnica) perante uma dificuldade no trabalho					
Viagens de trabalho					
Chamadas depois do expediente de trabalho					
Realizar eutanásias					
Ser responsável pela vida de animais					
Tomada de decisão clínica					
Recursos de trabalho disponíveis tais como equipamentos, medicamentos e testes diagnósticos					
Tempo disponível para cada caso/paciente					
Lidar com o luto do cliente/tutor					
Possibilidade de queixas/sofrer processo por parte do cliente/tutor					
Resultados clínicos inesperados					

Fonte: Baseado em BARTRAM (2009), "A cross-sectional study of mental health and mental being and their associations in the UK veterinary profession".

10. Se você respondeu na questão 9 que a EUTANÁSIA de alguma maneira te estressa no seu dia a dia, que alternativa abaixo melhor reflete esta realidade perante a necessidade de indicação do procedimento para seu paciente:

- Não acredito que isto afete meus atendimentos
- Eu acabo adiando a tomada de decisão, mesmo que haja indicação para iniciar esta conversa com o tutor
- Eu adianto a tomada de decisão, mesmo sabendo que o momento para iniciar esta conversa com o tutor seja precoce
- Eu espero pela iniciativa do tutor em abordar o assunto
- Outros (especifique)_____.

11. Sinta-se à vontade para fazer qualquer observação sobre o tema que achar relevante e que não tenha sido abordado nas questões anteriores:

MUITO OBRIGADA por sua participação!!!

Tentamos nos assegurar que as perguntas apresentadas nesta pesquisa não causassem nenhum desconforto para você; entretanto, caso o preenchimento do questionário tenha levantado dúvidas sobre sua saúde emocional, você pode desejar discutir estas questões com seu médico de confiança, outro profissional capacitado ou até mesmo buscar orientação inicial no CVV – Centro de Valorização da Vida ([Tel:188](tel:188), 24 horas por dia, 7 dias por semana).

Se você tiver qualquer dúvida, sinta-se à vontade para entrar em contato:

Renata Bottura (e-mail:botturinha@gmail.com)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a responder um questionário como voluntário (a) da pesquisa intitulada “A eutanásia no atendimento de pequenos animais e seus impactos no Bem-estar Animal” do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade de Santo Amaro. Pedimos a sua autorização para a coleta e a utilização de suas respostas ao questionário abaixo. A utilização de suas respostas está vinculada somente a este projeto de pesquisa ou se Sr. (a) concordar em outros futuros.

Este projeto se justifica pela importância que a prática da eutanásia adquire na rotina médica veterinária, sendo reconhecidamente um fator estressor de peso para os profissionais que atuam em abrigos e com animais de produção ou laboratório.

Para esta pesquisa iremos coletar as respostas no questionário abaixo na plataforma google forms; a análise estatística será realizada no software SPSS 26 e todos os testes utilizarão nível de significância estatística de 5%. Os testes estatísticos serão escolhidos em concordância com o tipo de variável envolvida (qualitativa ou quantitativa) e da aderência a normal das variáveis quantitativas. O risco envolvido na pesquisa é mínimo, mas pode ocorrer da reflexão sobre o assunto em gerar algum tipo de desconforto acerca de sua atual situação profissional. Em relação aos benefícios obtidos, esta pesquisa pretende contribuir, em longo prazo, com a classe médica veterinária como um todo, promovendo a discussão mais aprofundada sobre a temática. Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. E caso sejam identificados e comprovados danos provenientes da participação nesta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenização por eventuais danos; também poderá ser encaminhado a um serviço especializado. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização de suas respostas, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa, a partir de suas respostas, estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão, ou seja, qualquer forma de possível identificação será preservada, minimizando qualquer risco de quebra de sigilo. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste trabalho.

Este termo de consentimento será assinado eletronicamente. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na Universidade de Santo Amaro e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação Brasileira (Resoluções Nº466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Uma via de suas respostas e deste termo de consentimento será enviada ao seu endereço eletrônico (e-mail) ao término do questionário. Recomenda-se que você guarde o e-mail contendo esta cópia ou imprima-o. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) –Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das

Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

Nome da pesquisadora responsável: M.V. Renata Bottura
Endereço: Universidade Santo Amaro – UNISA
Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 - Jardim da Imbuías, São Paulo, SP.
E- mail: botturinha@gmail.com

São Paulo, / /

M.V. Renata Bottura

Nome do participante:.....
Doc. de Identificação:.....
Ass:.....

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

M.V. Renata Bottura

Data / /

Ao clicar no botão: “concordo em participar da pesquisa” o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

APÊNDICE C – Compilado Questão 11

1. Algumas das vezes no modo em que abordamos sobre a eutanásia, me sinto como se tivesse influenciando o tutor a concretizar o procedimento. O que me leva sempre a pensar se realmente fizemos tudo pelo animal.

2. Às vezes o tutor já sabe do estado de saúde crítico do animal, mesmo assim eles são firmes na decisão de não realizarem a eutanásia. Muitas vezes por motivos religiosos, do qual eu respeito muito. Quando isso acontece meu papel é deixar o animal o mais confortável possível e sem dor. No entanto, recebo em vésperas de feriados um grande número de tutores que querem se livrar de um "problema" solicitando a realização de eutanásia em animais que não apresentam a menor indicação para tanto. Isso sim é um fator extremamente estressante para mim. Mesmo não aceitando realizar a eutanásia nestes casos, fico pensando no animal.

3. A decisão pela eutanásia é bem discutida entre os tutores e eu. Todos os sinais que o animal apresente, neste momento ou que vem apresentando, são analisados, além de exames complementares. Além da discussão, sempre explico como a eutanásia é feita, buscando o conforto do animal e a ausência de sofrimento do momento. Tutor fica mais confiante e mais aliviado com a decisão que, na realidade, é ele quem toma.

4. A eutanásia nos dói porque temos que nos manter isentos frente aos tutores, que acabam nos achando frios e calculistas.

5. No hospital onde trabalho não tenho total liberdade em conversar sobre eutanásia com tutores. Os donos do hospital acreditam que o tutor possa acreditar que se o animal morrer na internação, por exemplo, e conversar sobre eutanásia antes, que fizemos o procedimento sem autorização.

6. Entendo que se um dia eu estiver num estado de sofrimento ou vegetativo gostaria que fizessem eutanásia em mim. Penso que a eutanásia vem como recurso para aliviar o sofrimento e trato como algo importante.

7. Acho importante avaliação completa do paciente para a tomada de decisão da eutanásia e não negligenciar esse procedimento.

8. O mais estressor é relativo a animais que acabo não realizando a eutanásia, mas cujos proprietários passam por consulta ou ligam na clínica pedindo a eutanásia por motivos diversos (está velho, não tenho como tratar, etc...)

9. Tenho colegas a quem indicar.

10. Na questão anterior tanto adio a tomada de decisão como espero a iniciativa do tutor.

11. Suporte emocional/psicológico com profissionais, frente a momentos difíceis na nossa profissão, como exemplo, perda de pacientes sem ser na eutanásia.

12. Local adequado ou mais reservado para realizar o procedimento, muitas vezes não existe em clínicas e hospitais um lugar mais reservado para o procedimento e os tutores se despedirem.

13. Desconforto do profissional em relação à situação e ao tutor, quando o procedimento poderia ser evitado.

14. Eu trabalho sempre focada no bem-estar e na qualidade de vida dos animais. Então sou a favor da eutanásia e faço sem me arrepender sempre que os responsáveis pelo animal e eu, juntos, percebemos que o paciente está em sofrimento e não temos mais como oferecer uma vida mais confortável. Com o pensamento de que estou fazendo o melhor para aquela família (sim, também penso nos humanos), esse procedimento é sempre muito bem pensado e conversado, portanto não traz estresse algum em mim. O que me tiraria o sono seria saber que não é possível fazer mais nada para aliviar o sofrimento do animal e mesmo assim mantê-lo vivo e agonizando.

15. Não consigo a eutanásia um fator de estresse absoluto, considero mais um fator de tristeza e angústia. Pra mim o mais difícil é lidar com a dor dos familiares, profissionalmente, havendo indicação, meu coração fica em paz com a decisão. Porém encarar o luto e sofrimento dos tutores consome muito da minha energia emocional.

16. Acredito que em alguns casos a eutanásia se faz importante, não só como parte terminal de um tratamento, como também como um alívio de dor e sofrimento por parte do animal.

17. A eutanásia é um tipo de tratamento que só deve ser realizado, quando todas as possibilidades terapêuticas foram realizadas. Ela não deve ser feita sem indicação médica. E não deve ser realizada por limitação financeira ou por motivo fútil.

18. Não entendi a última questão sobre o comportamento aditivo. No ambiente de trabalho sempre estive absolutamente sóbria. Então a resposta é sim, me preocupo muito com minha condição pessoal.

19. Eutanásia não pode ser tratada como um comércio!

20. Com a experiência ganhamos confiança de que o procedimento de eutanásia está sendo indicado no momento certo, quando não há mais nada a ser oferecido para o animal para reduzir seu sofrimento. O que me incomoda no assunto é a realização do procedimento quando ainda existem opções terapêuticas mas o tutor não tem recursos financeiros para dar continuidade ao tratamento. Essa é uma situação que eleva meu estresse no trabalho.

21. Acredito que hoje em dia a grande maioria dos veterinários trata a área como comércio, sendo assim não exercitam a medicina correta.

22. Acredito que a eutanásia seja um direito dos animais, mas uma decisão responsável que deve ser tomada em conjunto entre o médico veterinário e o tutor. Muitos tutores acham que a decisão é apenas dele e pressionam mesmo quando o veterinário não acha necessário, é uma situação que me afeta muito, como se fosse para “se livrar” do animal.

23. Presença ou não do tutor no momento... vejo que muitos veterinários pedem ou preferem que o tutor não esteja junto no momento e sou contra isso... é o último momento, suspiro de vida daquele paciente que teve o tutor sempre a seu lado... paciente está com medo, dor, incômodo e os veterinários pedem para justamente quem os pacientes mais confiam... sair, deixando-os sozinhos e com mais medo e desconfiança... defendo os tutores estarem juntos nesse momento... digo isso após ter feito a eutanásia da minha própria cachorra =(

24. Não realizo tal procedimento. Acredito na luta pela vida e assim como em humanos podemos dar conforto e amor até o final.

25. Tanto a eutanásia, quanto a ortotanásia, fazem parte do rol de procedimentos médico- veterinários. Da mesma forma que indicar um processo invasivo sem necessidade é ruim, postergar a eutanásia também é. A boa formação profissional e permanente atualização nos deixa cada vez melhores e seguros para indicar cada procedimento com precisão e necessidade, inclusive a eutanásia.

26. Eu não pratico eutanásia, mas não sou contra quando esta seja a melhor solução.

27. Salvo em casos de sofrimento extremo do animal, a eutanásia sempre mexe com meu emocional. Animais em péssimo estado de saúde ou com prognóstico péssimo, ainda assim, muito comumente, abanam o rabo ou demonstram afeto pelo olhar... É difícil lidar com isso!

Há casos também que indicamos a eutanásia do animal devido à impossibilidade de se fazer algo, por exemplo, por falta de condição econômica dos tutores e/ou por impossibilidade de se encaminhar pra uma ONG ou CCZ. Outra situação muito estressante neste momento é a falta de produtos anestésicos de qualidade, devido pandemia. Às vezes o procedimento da eutanásia não é isento de dor e isso é muito cruel. Praticar eutanásia em animais é uma das piores atividades da profissão. Às vezes é necessário, mas isso não diminui a dor pela realização do procedimento. Dor pelo animal e em muitos casos, pela ligação emocional fortíssima dos tutores com seus animais. Lidar com o luto dos tutores é muito difícil! Costumo dizer que, em muitos casos, o sentimento (apego) dos tutores os deixam cegos. Quando isso acontece a tomada de decisão deles fica comprometida, o animal sofre e o veterinário fica de mãos amarradas e acaba por vivenciar um fortíssimo estresse!!!! A eutanásia e o entorno da eutanásia é realmente difícil, estressante e mexe com meu emocional.

28. Ouvir o tutor exigir a eutanásia para lhe poupar trabalho ou despesa é muito estressante.

29. Precisamos "educar" os tutores que a morte é um evento tão natural quanto o nascimento, somente este último é valorizado, festejado...

30. A decisão pela eutanásia é sempre do tutor, procuro apenas, da forma mais simples e de fácil entendimento esclarecer todos os fatores.

31. Me sinto incomodada diante de tutores que acham que a eutanásia existe pra facilitar a vida deles. Quando não se tem mais "condições" para tratamento, quando vai mudar de casa, bairro, cidade, país, quando vai ter um filho, quando já está muito velho. São essas as situações para se fazer uma eutanásia na mente deles. E quando o animal tem tratamento e mesmo aumentando o valor cobrado da Eutanásia, ele ainda sim decide fazer, vem a pergunta: "tudo isso só pra matar o bicho?", como eu já escutei algumas vezes. A maioria não entende que o fato de se fazer eutanásia é para aliviar o sofrimento do animal que diante de tal situação não há mais o que ser feito, e não por comodidade ao tutor. O fato de se fazer uma eutanásia, ao meu ver, é um ato de amor extremo onde o tutor deixa o egoísmo de lado de querer ter o seu animalzinho junto a ele, mesmo com uma vida indigna, para dar um alívio ao seu sofrimento.

32. Realizo eutanásia em peixes ornamentais que já estão moribundos, usando a anestesia prévia, em seguida aprofundado, sendo realizada confirmação com

secção cervical. São peixes pequenos e que já não apresentavam chance de retorno por tratamentos alopáticos. Agora, quando eu tiver que realizar eutanásias em seres "saudáveis", acredito que possa me abalar de algum modo...

33. Assunto sobre abrigados de animais abandonados, podia ser mais estudado, o financeiro atrapalha muito a vida.

ANEXO A – Relatório de Resultados

Relatório 2021

Dr. Bruno A. Miotto

Projeto: Questionário Eutanásia

Instituição: UNISA

Responsável: Renata Bottura

Data: 25 de outubro de 2021

Plano de análise

Realizar análise estatística dos dados fornecidos pela instituição com a prerrogativa de resposta às questões:

1. Como a percepção da eutanásia como fator estressor afeta a decisão clínica?
2. Quais os fatores que determinam que a eutanásia possa ser um fator estressante?
3. Existe algum outro fator que é determinante para tomada de decisão clínica de antecipação da eutanásia?

Metodologia

O banco de dados original contendo 108 respostas à 33 questões, incluindo as 32 variáveis qualitativas:

Variável	Questão	Legenda:
P1	Qual o seu sexo?	0= feminino 1= masculino
P3	Há quanto tempo está formado em Medicina Veterinária?	0= até 5 anos; 1= entre 5-10 anos; 2= entre 10- 15 anos; 3= entre 15- 20 anos; 4= + 20 anos
P4	Atualmente clinica atendendo quais espécies? (Pode escolher mais de uma, se for o caso)	0= cães e gatos; 1= cães; 2= gatos; 3= silvestres; 4= grandes animais
P5	Qual o tipo de estabelecimento em que você atua? (pode escolher mais de um, se for o caso)	0= Clín/Consul Vet + HospVet; 1= Clín/Consul Vet + Atend Dom; 2= Clín/Consul Vet + UTI; 3= Clín/Consul Vet; 4= HospVet; 5= Atend Dom; 6= HospVet + UTI; 7= CCZ; 8= Abrigo; 9= ONG; 10= Biotério; 11= UTI Vet; 12= Radiologia; 13= Cirurgia; 14= Laboratório; 15= Prop Rural; 16= PetShop

Variável	Questão	Legenda:
P6	Em uma típica semana de trabalho, você costuma trabalhar quantas horas?	0= até 20hs; 1= 20- 30hs; 2= 30- 40 hs; 3= 40- 50 hs; 4= + 50hs
P7	Você realiza eutanásia na sua rotina de trabalho?	0= sim 1= não
P8	Se sim, com que frequência? (em média)	0= até 5 proced/s/semana; 1= até 05 proced/s/mês; 2= 5- 10 proced/s/mês; 3= + 10 proced/s/mês; 4= variável; 5= raramente; 6= não realiza
P9	Relacionamentos pessoais fora do trabalho	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P10	Administrar minhas finanças	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P11	Número de horas trabalhadas na semana	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P12	Relacionamentos no ambiente de trabalho	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P13	Disponibilidade/Oportunidade de empregos satisfatórios	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P14	Manter-me atualizado em meu conhecimento técnico	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P15	Cometer erros profissionais	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P16	Tarefas administrativas (Ex: preenchimento de prontuários, atualizações de protocolos da instituição, responder e-mails, etc)	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P17	Corresponder às expectativas financeiras da instituição a qual pertença (atingir metas de consultas realizadas, por exemplo, ou limitar a quantidade de insumos utilizados ou testes diagnósticos realizados, etc)	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P18	Demandas físicas da profissão tais como movimentar ou lidar com animais ou equipamentos, ficar em pé por longos períodos de tempo ou risco de injúrias (levar mordidas, picadas ou sofrer arranhaduras, por exemplo)	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P19	Comunicação com os clientes/tutores	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P20	Lidar com as expectativas dos clientes/tutores	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito

Variável	Questão	Legenda:
P21	Disponibilidade de suporte profissional (seja por parte da chefia, dos próprios colegas ou capacitação técnica) perante uma dificuldade no trabalho	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P22	Viagens de trabalho	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P23	Chamadas depois do expediente de trabalho	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P24	Realizar eutanásias	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P25	Ser responsável pela vida de animais	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P26	Tomada de decisão clínica	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P27	Recursos de trabalho disponíveis tais como equipamentos, medicamentos e testes diagnósticos	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P28	Tempo disponível para cada caso/paciente	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P29	Lidar com o luto do cliente/tutor	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P30	Possibilidade de queixas/sofrer processo por parte do cliente/tutor	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P31	Resultados clínicos inesperados	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P32	Qualquer comportamento aditivo meu, seja com apostas, abuso de álcool ou outras drogas, que interfira no meu trabalho	0= de maneira alguma; 1= muito pouco; 2= moderado; 3= razoável; 4= muito
P33	Se você respondeu na questão 9 que a EUTANÁSIA de alguma maneira te estressa no seu dia a dia, que alternativa abaixo melhor reflete esta realidade perante a necessidade de indicação do procedimento para seu paciente:	0= Eu espero pela iniciativa do tutor...; 1= Eu acabo adiando a tomada de decisão, ...; 2= Eu adianto a tomada de decisão, ...; 3= Não acredito que isso afete meus atendimentos; 4= Respostas diversas

Fonte: elaborado pela autora (2021).

E uma variável quantitativa discreta:

Variável	Questão	Tipo
P2	Qual a sua idade? (em anos)	Quantitativa

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Para execução da análise estatística as questões 4 e 5, que permitiam múltipla escolha, foram recategorizadas de acordo com os critérios abaixo:

Nova categorização - P5	Categorização antiga
1 = Clínicas, consultórios, hospitais, UTI, Atend. Domiciliar, pet shops, cirurgias, prop rurais	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 13
2 = CCZ, abrigos, ONGs	7, 8, 9
3 = Biotério, Laboratório	10, 14
4 = Outros (prop rural, radiologia, pet shop)	12, 15, 16

Nova categorização - P4	Categorização antiga
0 = cães e gatos	0
1 = cães	1
2 = gatos	2
3 = silvestres	3
4 = grandes animais	4
5 = cães, gatos e silvestres	0, 3
6 = cães e silvestres	1, 3
7 = cães, gatos e grandes animais	0, 4
8 = cães, gatos, silvestres e grandes animais	0, 3, 4

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Os dados foram descritos com frequência e intervalo de confiança para variáveis qualitativas e com medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, intervalo interquartil, mínimo e máximo) para dados quantitativos.

Todas as análises foram realizadas no software R¹ e foram considerados estatisticamente significativos aqueles resultados com valor de p menor que 5%.

A existência de associação entre as variáveis qualitativas foi testada usando o teste de qui-quadrado. A correlação entre variável quantitativa (idade) com as variáveis qualitativas foi calculada por meio do teste de Kruskal-Wallis. A escolha dos testes não paramétricos se justificou pelo fato das variáveis quantitativas de interesse

não apresentarem distribuição normal (teste de Kolmogorov-Sminov com $p < 0,05$).

Resultados

A análise qualitativa incluiu 32 variáveis, e a estatística descritiva deste conjunto de dados descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas com suas categorias, o número de respostas por categoria (N) e a percentagem com o intervalo de confiança (IC) de 95%.

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%	
P1	Sexo	Feminino	83	76,9%	68,3%	84,0%
		Masculino	25	23,1%	16,0%	31,7%
P3	Tempo de formado	até 5 anos	46	42,6%	33,6%	52,0%
		5-10 anos	19	17,6%	11,3%	25,6%
		10-15 anos	10	9,3%	4,9%	15,8%
		15-20 anos	9	8,3%	4,2%	14,7%
		20+ anos	24	22,2%	15,2%	30,7%
P4	Espécies atendidas	cães e gatos	76	70,4%	61,3%	78,4%
		cães	2	1,9%	0,4%	5,8%
		gatos	2	1,9%	0,4%	5,8%
		Silvestres	3	2,8%	0,8%	7,2%
		Grandes animais	1	0,9%	0,1%	4,2%
		cães, gatos e silvestres	14	13,0%	7,6%	20,2%
		cães e silvestres	4	3,7%	1,3%	8,6%
		cães, gatos e grandes animais	4	3,7%	1,3%	8,6%
		cães, gatos, silvestres e grandes	2	1,9%	0,4%	5,8%
P5	Tipo de estabelecimento	clin/hosp/cons	91	84,3%	76,5%	90,2%
		CCZ/ONG/Abrigo	4	3,7%	1,3%	8,6%
		Lab/Biotério	2	1,9%	0,4%	5,8%
		Outros	11	10,2%	5,5%	16,9%
P6	Horas por semana	até 20h	16	14,8%	9,1%	22,4%
		20-30h	10	9,3%	4,9%	15,8%
		30-40h	17	15,7%	9,8%	23,5%
		40-50h	45	41,7%	32,7%	51,1%
		50+h	20	18,5%	12,1%	26,6%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas com suas categorias, o número de respostas por categoria (N) e a porcentagem com o intervalo de confiança (IC) de 95%.

			Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%
P7	Realiza Eutanásia?	Sim	85	78,7%	70,3%	85,6%
		Não	23	21,3%	14,4%	29,7%
P8	Frequencia Eutanásia	até 5 procedts/semana	4	4,6%	1,6%	10,6%
		até 5 procedts/mês	57	65,5%	55,2%	74,9%
		5-10 procedts/mês	4	4,6%	1,6%	10,6%
		+10 procedts/mês	4	4,6%	1,6%	10,6%
		Variável raramente	3	3,4%	1,0%	8,9%
			14	16,1%	9,5%	24,9%
		Não realiza	1	1,1%	0,1%	5,2%
P9	Relacionamento	De maneira alguma	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Muito Pouco	49	45,4%	36,2%	54,8%
		Moderado	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Razoável	8	7,4%	3,6%	13,5%
		Muito	3	2,8%	0,8%	7,2%
P10	Finanças	De maneira alguma	11	10,2%	5,5%	16,9%
		Muito Pouco	34	31,5%	23,3%	40,6%
		Moderado	24	22,2%	15,2%	30,7%
		Razoável	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Muito	14	13,0%	7,6%	20,2%
P11	Número de horas	De maneira alguma	9	8,3%	4,2%	14,7%
		Muito Pouco	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Moderado	36	33,3%	25,0%	42,6%
		Razoável	19	17,6%	11,3%	25,6%
		Muito	19	17,6%	11,3%	25,6%
P12	Relacionamento no trabalho	De maneira alguma	13	12,0%	6,9%	19,2%
		Muito Pouco	41	38,0%	29,2%	47,3%
		Moderado	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	11	10,2%	5,5%	16,9%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas com suas categorias, o número de respostas por categoria (N) e a porcentagem com o intervalo de confiança (IC) de 95%.

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%
P13 Oportunidades de emprego	De maneira alguma	17	15,7%	9,8%	23,5%
	Muito Pouco	26	24,1%	16,8%	32,7%
	Moderado	22	20,4%	13,6%	28,7%
	Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
	Muito	22	20,4%	13,6%	28,7%
P14 Manter-me atualizado	De maneira alguma	17	15,7%	9,8%	23,5%
	Muito Pouco	26	24,1%	16,8%	32,7%
	Moderado	31	28,7%	20,8%	37,7%
	Razoável	25	23,1%	16,0%	31,7%
	Muito	9	8,3%	4,2%	14,7%
P15 Cometer erros profissionais	De maneira alguma	6	5,6%	2,4%	11,1%
	Muito Pouco	24	22,2%	15,2%	30,7%
	Moderado	13	12,0%	6,9%	19,2%
	Razoável	17	15,7%	9,8%	23,5%
	Muito	48	44,4%	35,3%	53,9%
P16 Tarefas administrativas	De maneira alguma	6	5,6%	2,4%	11,1%
	Muito Pouco	32	29,6%	21,6%	38,7%
	Moderado	26	24,1%	16,8%	32,7%
	Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
	Muito	23	21,3%	14,4%	29,7%
P17 Expectativas financeiras da empresa	De maneira alguma	16	14,8%	9,1%	22,4%
	Muito Pouco	22	20,4%	13,6%	28,7%
	Moderado	25	23,1%	16,0%	31,7%
	Razoável	18	16,7%	10,6%	24,5%
	Muito	27	25,0%	17,6%	33,8%
P18 Demandas físicas da profissão	De maneira alguma	17	15,7%	9,8%	23,5%
	Muito Pouco	33	30,6%	22,5%	39,7%
	Moderado	23	21,3%	14,4%	29,7%
	Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
	Muito	14	13,0%	7,6%	20,2%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas com suas categorias, o número de respostas por categoria (N) e a porcentagem com o intervalo de confiança (IC) de 95%.

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%	
P19	Comunicação com tutores	De maneira alguma	15	13,9%	8,3%	21,3%
		Muito Pouco	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Moderado	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	24	22,2%	15,2%	30,7%
P20	Expectativa dos tutores	De maneira alguma	10	9,3%	4,9%	15,8%
		Muito Pouco	20	18,5%	12,1%	26,6%
		Moderado	30	27,8%	20,0%	36,7%
		Razoável	17	15,7%	9,8%	23,5%
		Muito	31	28,7%	20,8%	37,7%
P21	Suporte profissional	De maneira alguma	12	11,1%	6,2%	18,1%
		Muito Pouco	34	31,5%	23,3%	40,6%
		Moderado	20	18,5%	12,1%	26,6%
		Razoável	27	25,0%	17,6%	33,8%
		Muito	15	13,9%	8,3%	21,3%
P22	Viagens a trabalho	De maneira alguma	69	63,9%	54,6%	72,5%
		Muito Pouco	24	22,2%	15,2%	30,7%
		Moderado	11	10,2%	5,5%	16,9%
		Razoável	1	0,9%	0,1%	4,2%
		Muito	3	2,8%	0,8%	7,2%
P23	Chamadas após expediente	De maneira alguma	15	13,9%	8,3%	21,3%
		Muito Pouco	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Moderado	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Razoável	18	16,7%	10,6%	24,5%
		Muito	25	23,1%	16,0%	31,7%
P24	Realizar eutanásias	De maneira alguma	16	14,8%	9,1%	22,4%
		Muito Pouco	23	21,3%	14,4%	29,7%
		Moderado	16	14,8%	9,1%	22,4%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	32	29,6%	21,6%	38,7%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas com suas categorias, o número de respostas por categoria (N) e a porcentagem com o intervalo de confiança (IC) de 95%.

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%	
P25	Responsável pela vida	De maneira alguma	8	7,4%	3,6%	13,5%
		Muito Pouco	16	14,8%	9,1%	22,4%
		Moderado	20	18,5%	12,1%	26,6%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	43	39,8%	31,0%	49,2%
P26	Tomada de decisão clínica	De maneira alguma	14	13,0%	7,6%	20,2%
		Muito Pouco	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Moderado	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Razoável	29	26,9%	19,2%	35,7%
		Muito	18	16,7%	10,6%	24,5%
P27	Recursos disponíveis no trab.	De maneira alguma	17	15,7%	9,8%	23,5%
		Muito Pouco	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Moderado	25	23,1%	16,0%	31,7%
		Razoável	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Muito	15	13,9%	8,3%	21,3%
P28	Tempo dispon. por caso	De maneira alguma	19	17,6%	11,3%	25,6%
		Muito Pouco	32	29,6%	21,6%	38,7%
		Moderado	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Razoável	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Muito	9	8,3%	4,2%	14,7%
P29	Lidar com luto do tutor	De maneira alguma	14	13,0%	7,6%	20,2%
		Muito Pouco	29	26,9%	19,2%	35,7%
		Moderado	24	22,2%	15,2%	30,7%
		Razoável	23	21,3%	14,4%	29,7%
		Muito	18	16,7%	10,6%	24,5%
P30	Queixas/processo	De maneira alguma	9	8,3%	4,2%	14,7%
		Muito Pouco	27	25,0%	17,6%	33,8%
		Moderado	19	17,6%	11,3%	25,6%
		Razoável	16	14,8%	9,1%	22,4%
		Muito	37	34,3%	25,8%	43,5%

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas com suas categorias, o número de respostas por categoria (N) e a percentagem com o intervalo de confiança (IC) de 95%.

		Contagem	%	IC inferior 95,0%	IC superior 95,0%	
P31	Resultados clín. inesperados	De maneira alguma	11	10,2%	5,5%	16,9%
		Muito Pouco	22	20,4%	13,6%	28,7%
		Moderado	31	28,7%	20,8%	37,7%
		Razoável	21	19,4%	12,8%	27,7%
		Muito	23	21,3%	14,4%	29,7%
P32	Comportamento aditivo	De maneira alguma	69	66,3%	56,9%	74,9%
		Muito Pouco	13	12,5%	7,2%	19,9%
		Moderado	10	9,6%	5,1%	16,4%
		Razoável	5	4,8%	1,9%	10,2%
		Muito	7	6,7%	3,1%	12,8%
P33	Indicação do procedimento	Espero iniciativa do Tutor	38	35,2%	26,7%	44,5%
		Adio a tomada de decisão	13	12,0%	6,9%	19,2%
		Adianto tomada de decisão	9	8,3%	4,2%	14,7%
		Não afeta atendimentos	26	24,1%	16,8%	32,7%
		Respostas diversas	22	20,4%	13,6%	28,7%

Fonte: elaborado pela autora (2021).

A estatística descritiva da variável quantitativa (idade) encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Estatística descritiva da variável quantitativa com o número de respostas incluídas na análise (N), número de entrevistados sem a referida informação, média com desvio padrão (DP), mediana com intervalo interquartil (IQQ) e valores mínimo e máximo da variável.

	N	Ausentes	Média (\pm DP)	Mediana (IQQ)	Mín-Máx
P2 Idade	108	0	36.45 (\pm 10.71)	33.00 (27.00- 44.50)	22.00-60.00

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Para responder às questões da pesquisadora, dividimos a análise estatística para facilitar o acesso à informação, de acordo com cada uma das perguntas:

1. Como a percepção da eutanásia como fator estressor afeta a decisão clínica?

As respostas “de maneira nenhuma” e “muito pouco” foram classificadas como “não”, as respostas “moderado” foram classificadas como “neutro” e as respostas “razoável” e “muito” foram classificadas como “sim” para a questão de considerar realizar eutanásia como um fator estressor. Para a questão sobre como a realização da eutanásia afeta a decisão clínica, as respostas “adió” e “adianto” foram consideradas como “alteram a tomada de decisão” e as respostas “espero o tutor” ou “não altera” foram consideradas como “não alteram a decisão”. As respostas “diversas”, que permitiam preenchimento de texto, não foram alteradas.

Considera Eutanásia como estressor?		
	n	% (IC95%)
não	39	36.11% (26.85%-46.72%)
neutro	21	19.44% (10.19%-30.05%)
sim	48	44.44% (35.19%-55.05%)

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Altera decisão clínica?		
	n	% (IC95%)
Altera	22	20.37% (12.04%-30.52%)
Não altera	64	59.26% (50.93%-69.41%)
Diversas	22	20.37% (12.04%-30.52%)

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Testando a associação entre considerar a eutanásia como estressor com a tomada de decisão clínica sobre a eutanásia, é possível observar que houve associação estatística com $p = 0.02$.

Decisão clínica sobre a eutanásia	Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)			Total
	Não	Neutro	Sim	
Altera	2 5.13% (0.00%-18.98%)	8 38.10% (19.05%-61.80%)	12 25.00% (12.50%-40.89%)	22
Diversas	7 17.95% (7.69%-31.80%)	4 19.05% (0.00%-42.76%)	11 22.92% (10.42%-38.81%)	22
Não altera	30 76.92% (66.67%-90.77%)	9 42.86% (23.81%-66.56%)	25 52.08% (39.58%-67.97%)	64
Total	39	21	48	108

Teste qui-quadrado $p = 0.02$

Fonte: elaborado pela autora (2021).

2. Quais outros fatores estão associados com considerar ou não a eutanásia como um fator estressante?

O teste de associação entre considerar a eutanásia como um fator estressor, de acordo com a reclassificação das respostas no item 1, permitiu identificar 9 questões com associação estatística significativa:

Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)						Total	P-valor
P15							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	4	10.26% (0.00%-27.98%)	0	0.00% (0.00%-0.00%)	2	4.17% (0.00%-17.93%)	6
muito pouco	13	33.33% (20.51%-51.06%)	6	28.57% (9.52%-51.93%)	5	10.42% (0.00%-24.18%)	24
moderado	6	15.38% (2.56%-33.11%)	0	0.00% (0.00%-0.00%)	7	14.58% (2.08%-28.34%)	13
razoável	6	15.38% (2.56%-33.11%)	5	23.81% (4.76%-47.17%)	6	12.50% (0.00%-26.26%)	17
muito	10	25.64% (12.82%-43.36%)	10	47.62% (28.57%-70.98%)	28	58.33% (45.83%-72.09%)	48
Total	39		21		48		108
P18							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	11	28.21% (12.82%-44.08%)	1	4.76% (0.00%-27.59%)	5	10.42% (0.00%-26.02%)	17
muito pouco	14	35.90% (20.51%-51.77%)	7	33.33% (14.29%-56.16%)	12	25.00% (12.50%-40.60%)	33
moderado	8	20.51% (5.13%-36.38%)	2	9.52% (0.00%-32.36%)	13	27.08% (14.58%-42.68%)	23
razoável	1	2.56% (0.00%-18.43%)	8	38.10% (19.05%-60.93%)	12	25.00% (12.50%-40.60%)	21
muito	5	12.82% (0.00%-28.69%)	3	14.29% (0.00%-37.12%)	6	12.50% (0.00%-28.10%)	14
Total	39		21		48		108

0,021

0,012

Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)						Total	P-valor
P20							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	6	15.38% (2.56%-33.22%)	0	0.00% (0.00%-0.00%)	4	8.33% (0.00%-24.19%)	10
muito pouco	11	28.21% (15.38%-46.04%)	6	28.57% (9.52%-51.64%)	3	6.25% (0.00%-22.10%)	20
moderado	12	30.77% (17.95%-48.60%)	6	28.57% (9.52%-51.64%)	12	25.00% (12.50%-40.85%)	30
razoável	3	7.69% (0.00%-25.53%)	4	19.05% (0.00%-42.11%)	10	20.83% (8.33%-36.69%)	17
muito	7	17.95% (5.13%-35.78%)	5	23.81% (4.76%-46.87%)	19	39.58% (27.08%-55.44%)	31
Total	39		21		48		108
P21							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	9	23.08% (10.26%-40.94%)	0	0.00% (0.00%-0.00%)	3	6.25% (0.00%-22.10%)	12
muito pouco	15	38.46% (25.64%-56.32%)	4	19.05% (0.00%-41.76%)	15	31.25% (18.75%-47.10%)	34
moderado	8	20.51% (7.69%-38.38%)	6	28.57% (9.52%-51.28%)	6	12.50% (0.00%-28.35%)	20
razoável	4	10.26% (0.00%-28.12%)	10	47.62% (28.57%-70.33%)	13	27.08% (14.58%-42.93%)	27
muito	3	7.69% (0.00%-25.56%)	1	4.76% (0.00%-27.47%)	11	22.92% (10.42%-38.76%)	15
Total	39		21		48		108

0,029

0,001

Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)						Total	P-valor
P25							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	5	12.82% (0.00%-30.58%)	1	4.76% (0.00%-27.62%)	2	4.17% (0.00%-18.60%)	8
muito pouco	10	25.64% (12.82%-43.40%)	1	4.76% (0.00%-27.62%)	5	10.42% (0.00%-24.85%)	16
moderado	13	33.33% (20.51%-51.09%)	3	14.29% (0.00%-37.14%)	4	8.33% (0.00%-22.77%)	20
razoável	4	10.26% (0.00%-28.02%)	7	33.33% (14.29%-56.19%)	10	20.83% (8.33%-35.27%)	21
muito	7	17.95% (5.13%-35.71%)	9	42.86% (23.81%-65.71%)	27	56.25% (43.75%-70.68%)	43
Total	39		21		48		108
P26							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	7	17.95% (5.13%-35.42%)	1	4.76% (0.00%-26.10%)	6	12.50% (0.00%-27.94%)	14
muito pouco	18	46.15% (33.33%-63.62%)	2	9.52% (0.00%-30.86%)	6	12.50% (0.00%-27.94%)	26
moderado	7	17.95% (5.13%-35.42%)	4	19.05% (0.00%-40.39%)	10	20.83% (8.33%-36.27%)	21
razoável	3	7.69% (0.00%-25.16%)	10	47.62% (28.57%-68.96%)	16	33.33% (20.83%-48.77%)	29
muito	4	10.26% (0.00%-27.73%)	4	19.05% (0.00%-40.39%)	10	20.83% (8.33%-36.27%)	18
Total	39		21		48		108

0,001

0,001

Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)						Total	P-valor
P29							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	8	20.51% (7.69%-38.30%)	1	4.76% (0.00%-26.97%)	5	10.42% (0.00%-25.88%)	14
muito pouco	17	43.59% (30.77%-61.38%)	5	23.81% (4.76%-46.02%)	7	14.58% (2.08%-30.05%)	29
moderado	8	20.51% (7.69%-38.30%)	6	28.57% (9.52%-50.78%)	10	20.83% (8.33%-36.30%)	24
razoável	2	5.13% (0.00%-22.92%)	5	23.81% (4.76%-46.02%)	16	33.33% (20.83%-48.80%)	23
muito	4	10.26% (0.00%-28.05%)	4	19.05% (0.00%-41.25%)	10	20.83% (8.33%-36.30%)	18
Total	39		21		48		108
P30							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	4	10.26% (0.00%-27.80%)	3	14.29% (0.00%-36.12%)	2	4.17% (0.00%-19.44%)	9
muito pouco	17	43.59% (30.77%-61.14%)	3	14.29% (0.00%-36.12%)	7	14.58% (2.08%-29.86%)	27
moderado	6	15.38% (2.56%-32.93%)	3	14.29% (0.00%-36.12%)	10	20.83% (8.33%-36.11%)	19
razoável	4	10.26% (0.00%-27.80%)	6	28.57% (9.52%-50.41%)	6	12.50% (0.00%-27.78%)	16
muito	8	20.51% (7.69%-38.06%)	6	28.57% (9.52%-50.41%)	23	47.92% (35.42%-63.19%)	37
Total	39		21		48		108

0,01

0,013

Considera eutanásia como estressor? (n, %, IC95%)						Total	P-valor
P31							
		Não		Neutro		Sim	
maneira alguma	7	17.95% (5.13%- 35.62%)	3	14.29% (0.00%- 36.86%)	1	2.08% (0.00%- 18.10%)	11
muito pouco	12	30.77% (17.95%- 48.44%)	1	4.76% (0.00%- 27.33%)	9	18.75% (6.25%- 34.77%)	22
moderado	10	25.64% (12.82%- 43.31%)	8	38.10% (19.05%- 60.67%)	13	27.08% (14.58%- 43.10%)	31
razoável	5	12.82% (0.00%- 30.49%)	3	14.29% (0.00%- 36.86%)	13	27.08% (14.58%- 43.10%)	21
muito	5	12.82% (0.00%- 30.49%)	6	28.57% (9.52%- 51.14%)	12	25.00% (12.50%- 41.02%)	23
Total	39		21		48		108

0,043

Colunas com p-valor significativo no teste de Dunn com correção de Bonferroni:

*<0.05

**<0.005

***<0.001

Fonte: elaborado pela autora (2021).

3. Existe algum outro fator que é determinante para tomada de decisão clínica de antecipação da eutanásia?

Ao testar a associação entre adiantar a eutanásia em uma tomada de decisão clínica, é possível observar que houve associação estatística a eutanásia ser considerada um fator estressor.

Adianta a eutanásia?	
n	% (IC95%)
	91.67% (87.96%-
Não	99 97.19%)
Sim	9 8.33% (4.63%-13.86%)

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Considera eutanásia como estressor?	Adianta a decisão de eutanásia? (n, %, IC95%)		
	Não	Sim	Total
Não	39 39.39% (29.29%-49.93%)	0 0.00% (0.00%-0.00%)	39
Neutro	17 17.17% (7.07%-27.71%)	4 44.44% (22.22%-80.70%)	21
Sim	43 43.43% (33.33%-53.97%)	5 55.56% (33.33%-91.81%)	48
Total	99	9	108

Teste qui-quadrado com correção de Yates $p = 0.03$

Fonte: elaborado pela autora (2021).

ANEXO B – Pareceres Consubstanciados do CEP

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A eutanásia no atendimento de pequenos animais e seus impactos no Bem Estar Animal

Pesquisador: RENATA BOTTURA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40114920.2.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.417.916

Apresentação do Projeto:

Nas últimas décadas, notadamente na cultura ocidental, os animais domésticos como cães e gatos, passaram a ser considerados como membros da família, agora denominada "multiespécie". Nesta nova conjuntura social o papel do médico veterinário teve que ser revisto, principalmente durante momentos críticos do tratamento como costumam ser quando da decisão pela eutanásia, tomada em conjunto com o tutor. Diversos autores já identificaram que a eutanásia, ao menos para médicos veterinários que trabalham em abrigos, com animais de produção e de laboratório, costuma ser um fator estressor de grande peso na Medicina Veterinária. Cabe apontar também a crescente preocupação com questões relacionadas ao Bem Estar Animal. Deste modo, o estudo pretende avaliar a percepção sobre o tema dos médicos veterinários que atendem pequenos animais no município de São Paulo, e a possível influência desta decisão no Bem Estar dos pacientes. Será conduzido através de coleta de dados por meio de um questionário estruturado, divulgado via online pelos participantes, que serão: médicos veterinários que atendem pequenos animais, no município de São Paulo, com registro ativo no Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo (CRMV-SP) e que já tenham realizado ou

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 4.417.916

realizem o procedimento de eutanásia na sua prática rotineira (em animais saudáveis, doentes ou de laboratório). A amostragem necessária foi calculada segundo documento elaborado pelo CRMV-SP de 28.08.2018, "Perfil do Médico Veterinário", será de 2.169 profissionais. A análise estatística será realizada no software SPSS 26, e todos os testes utilizarão nível de significância estatística de 5%. Será realizada análise descritiva, seguida por análise univariada.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar se a eutanásia praticada pelos médicos veterinários que atendem pequenos animais influencia no bem-estar dos pacientes.

Objetivo Secundário:

1. Averiguar se existe a percepção, pelos médicos veterinários que atendem pequenos animais, da eutanásia como um fator estressante. 2. Avaliar se a eutanásia pode comprometer o bem estar dos pacientes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco envolvido na pesquisa é mínimo, mas pode ocorrer da reflexão sobre o assunto em gerar algum tipo de desconforto para o participante acerca de sua atual situação profissional. Além da possibilidade, ainda que mínima e não intencional, da quebra de sigilo.

Benefícios:

Em relação aos benefícios obtidos, esta pesquisa pretende contribuir, em longo prazo, com a classe médica veterinária como um todo, promovendo a discussão mais aprofundada sobre a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A coleta de dados primários será realizada por meio de um questionário estruturado, com questões fechadas, de múltipla escolha, agrupadas em blocos temáticos, cujo preenchimento deve ser realizado via online pelos participantes e enviado aos pesquisadores. O questionário de aquisição foi elaborado baseando-se na revisão da literatura pertinente, da qual foram extraídos fatores que se mostraram importantes para a temática pesquisada, buscando referências em instrumentos já validados (BARTRAM, 2009). Serão incluídos profissionais médicos veterinários que i. realizem atendimentos a pequenos animais; ii. atuantes na cidade de São Paulo; iii. que tenham o registro ativo no Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo; e iv.

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 4.417.916

que já tenham realizado o procedimento ou que realizem o procedimento de eutanásia rotineiramente (em animal saudável, doente ou de laboratório – o local de trabalho deverá ser mencionado no questionário).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Informações Básicas - ok
- 2) Projeto -ok
- 3) Questionário -ok
- 4) CV Lattes -ok
- 5) Termo de compromisso e confidencialidade - ok
- 6) TCLE - ok
- 7) Folha de rosto - ok, devidamente assinada

Recomendações:

- No TCLE onde se lê "cópia", substituir por "via"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1659963.pdf	10/11/2020 12:14:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradoNov20.docx	10/11/2020 12:08:40	RENATA BOTTURA	Aceito
Outros	QuestProjetoMestrado.docx	10/11/2020 12:08:06	RENATA BOTTURA	Aceito
Outros	CVLattesRenataBottura.pdf	10/11/2020 12:06:57	RENATA BOTTURA	Aceito
Outros	Termodecompromissoeconfidencialidade.docx	10/11/2020 12:06:09	RENATA BOTTURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoProjatualizado.docx	10/11/2020 12:04:44	RENATA BOTTURA	Aceito

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 4.417.918

Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atualizado.docx	10/11/2020 12:04:44	RENATA BOTTURA	Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto PB assinada.pdf	10/11/2020 12:03:20	RENATA BOTTURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Novembro de 2020

Assinado por:
Ana Paula Ribeiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A eutanásia no atendimento de pequenos animais e seus impactos no Bem Estar Animal

Pesquisador: RENATA BOTTURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40114920.2.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.533.338

Apresentação do Projeto:

O estudo pretende avaliar a percepção sobre o tema dos médicos veterinários que atendem pequenos animais no município de São Paulo, e a possível influência desta decisão no Bem Estar dos pacientes. Será conduzido através de coleta de dados por meio de

um questionário estruturado, divulgado via online pelos participantes, que serão: médicos veterinários que atendem pequenos animais, no município de São Paulo, com registro ativo no Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo (CRMV-SP) e que já tenham realizado ou realizem o procedimento de eutanásia na sua prática rotineira (em animais saudáveis, doentes ou de laboratório). A amostragem necessária foi calculada segundo documento elaborado pelo CRMV-SP de 28.08.2018, "Perfil do Médico Veterinário", será de 2.169 profissionais. A análise

estatística será realizada no software SPSS 26, e todos os testes utilizarão nível de significância estatística de 5%. Será realizada análise descritiva, seguida por análise univariada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar se a eutanásia praticada pelos médicos veterinários que atendem pequenos animais influencia no bem-estar dos pacientes.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 4.533.338

1. Averiguar se existe a percepção, pelos médicos veterinários que atendem pequenos animais, da eutanásia como um fator estressante. 2. Avaliar se a eutanásia pode comprometer o bem estar dos pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco envolvido na pesquisa é mínimo, mas pode ocorrer da reflexão sobre o assunto em gerar algum tipo de desconforto para o participante acerca de sua atual situação profissional. Além da possibilidade, ainda que mínima e não intencional, da quebra de sigilo.

Benefícios:

Em relação aos benefícios obtidos, esta pesquisa pretende contribuir, em longo prazo, com a classe médica veterinária como um todo, promovendo a discussão mais aprofundada sobre a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que pretende estudar a eutanásia no atendimento de pequenos animais e seus impactos no Bem Estar Animal. A coleta de dados primários será realizada por meio de um questionário estruturado, com questões fechadas, de múltipla escolha, agrupadas em blocos temáticos, cujo preenchimento deve ser realizado via online pelos participantes e enviado aos pesquisadores. O questionário de aquisição foi elaborado baseando-se na revisão da literatura pertinente, da qual foram extraídos fatores que se mostraram importantes para a temática pesquisada, buscando referências em instrumentos já validados (BARTRAM, 2009)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Riscos e Benefícios - ok
- Informações Básicas - ok
- TCLE - ok
- Projeto Detalhado20 / Brochura Investigador - ok
- Projeto Detalhado21 / Brochura Investigador - ok
- Questionário - ok
- Folha de Rosto- devidamente assinada
- Orçamento - ok
- CV Lattes - ok

EMENDA:

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340
 Bairro: Jardim das Imbuías CEP: 02.450-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2141-8687 E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

**UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA**



Continuação do Parecer: 4.533.338

- METODOLOGIA: apreciação do questionário de pesquisa reestruturado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda:

- Aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1690896_É1.pdf	18/01/2021 13:50:01		Aceito
Outros	QuestProjetoMestradoJan21.docx	18/01/2021 13:43:04	RENATA BOTTURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradoJan21.docx	18/01/2021 13:40:34	RENATA BOTTURA	Aceito
Outros	CVLattesRenataBottura.pdf	10/11/2020 12:06:57	RENATA BOTTURA	Aceito
Outros	Termodecompromissoeconfidencialidade.docx	10/11/2020 12:06:09	RENATA BOTTURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoProjatualizado.docx	10/11/2020 12:04:44	RENATA BOTTURA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoPBassinada.pdf	10/11/2020 12:03:20	RENATA BOTTURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 10 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Ana Paula Ribeiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 4.533.338

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Imbuías CEP: 02.450-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8687 E-mail: pesquisaunisa@unisa.br