

APRENDENDO A DELIBERAR



FUNDAMENTOS E MÉTODO APLICADOS NA DISCIPLINA DE BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE

Mirelle Finkler



Mirelle Finkler

ORGANIZADORA

**APRENDENDO A DELIBERAR:
FUNDAMENTOS E MÉTODO APLICADO NA
DISCIPLINA DE BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE**

1ª Edição
FLORIANÓPOLIS
2021

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da Universidade Federal de Santa Catarina

A654 Aprendendo a deliberar [recurso eletrônico] : fundamentos e método
 aplicados na disciplina de bioética da responsabilidade / organizadora
 Mirelle Finkler. – Florianópolis : UFSC, 2021.
 78 p. : il.

E-book (PDF)

ISBN 978-65-87206-74-5

1. Bioética. 2. Processo decisório – Aspectos morais e éticos. I. Finkler,
Mirelle, org.

CDU: 614.253

SUMÁRIO

APRENDENDO A DELIBERAR

Apresentação	7
A Deliberação Moral: método para uma Bioética da Responsabilidade.....	9
Plano de ensino da Bioética da Responsabilidade no PPGSC/UFSC.....	277

DELIBERANDO

Violência Baseada em Gênero à Refugiada no Campo de Sheder	33
Eliane Ricardo Charneski e Daymée Taggesell de Córdova	
Parto Natural de Alto Risco.....	39
Juliana Praxedes Campagnoni e Vanessa Maria Vieira	
Maus tratos infantil	45
Scheila da Rocha Alexandrino Priess e Patrícia Pereira de Souza da Rosa	
Adolescente adotiva em situação de rua.....	53
Janaína Carneiro de Camargo e Maiara Suelen Mazera	
Saúde mental e as lacunas da reforma psiquiátrica.....	59
Jaqueline Marcos dos Santos e Simone Conradi	
Autonomia de adolescente em final de vida	67
Maikon Leiria	

AVALIANDO O ENSINO-APRENDIZADO

Fatos e valores da experiência, deveres para a reedição	75
--	-----------

Apresentação

O presente material é fruto da primeira edição da disciplina de Bioética da Responsabilidade, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Essa experiência ocorreu no primeiro semestre de 2021, em plena pandemia de Covid-19, razão pela qual foi ministrada remotamente. Contou com a participação de onze estudantes de pós-graduação – mestrandos e doutorandos - que compuseram uma turma interprofissional, havendo graduados em Enfermagem, Psicologia, Ciências Sociais, Naturologia e um bacharel em Saúde Coletiva.

A disciplina teve como objetivo educar para a gestão autônoma dos valores morais e para a deliberação de decisões éticas, buscando o desenvolvimento de profissionais de saúde, docentes e cidadãos eticamente competentes e responsáveis. Para tanto, valeu-se de momentos de ensino aprendizagem-teórica, onde os fundamentos de ética foram inicialmente apresentados e discutidos, para então se conhecer e compreender a Bioética da Responsabilidade. Posteriormente, por meio da Bioética Narrativa, o Método da Deliberação Moral foi primeiramente empregado, passando-se a uma parte mais prática da disciplina, onde a cada aula, uma dupla de estudantes apresentava um caso a ser deliberado. Alguns deles foram provenientes da realidade profissional dos estudantes, outros, retirados da literatura. Os casos foram planejados com antecedência sob orientação da professora, e conduzidos ao longo da sessão de deliberação também em parceria com a professora.

O registro das deliberações realizadas está compilado neste material didático. Espera-se que possa ser útil a outros estudantes, bem como a colegas que queiram desenvolver o método em sua atuação profissional, seja na assistência ou na gestão em saúde, seja na docência. Cabe, no entanto alertar que essa utilidade deve estar restrita ao aprendizado do próprio método e de seu embasamento, uma vez que cada caso é singular, assim como cada sessão deliberativa. O resultado do processo – o curso ótimo de ação definido - não deve, portanto, ser tomado como recomendação para outros casos, por mais semelhantes que sejam, pois isso iria contra os próprios pressupostos da Bioética da Responsabilidade.

Além das sessões deliberativas, este documento contém uma parte introdutória onde se apresentam os fundamentos teórico-metodológicos empregados, bem como o plano de ensino da disciplina. Ao final, encontra-se ainda, uma avaliação do processo de ensino-aprendizagem, levantando recomendações para a continuidade e ampliação do ensino da Bioética da Responsabilidade e de seu método de Deliberação Moral.

A Deliberação Moral: método para uma Bioética da Responsabilidade¹

...a bioética se deve à necessidade que a sociedade civil sente de refletir e deliberar sobre os problemas relativos à gestão do meio ambiente, do corpo e da vida dos seres humanos presentes, e de nossos deveres para com as futuras gerações. Já não podem ser os médicos, nem os políticos, nem os economistas, nem tampouco os sacerdotes ou os teólogos quem detenham o monopólio da decisão neste tipo de questões. Há que ser a sociedade inteira a deliberar e decidir sobre elas. Somente deste modo se conseguirá o que, ademais, todos consideramos imprescindível, o vislumbamento de um novo mundo mais humano; ou seja, de uma nova cultura (GRACIA, 2002, p.39, tradução nossa).

Somos participantes da democracia e, portanto, corresponsáveis por ela: esse é o fundamento para uma educação ética. Tal participação requer compreensão dos valores humanos e competência deliberativa para a tomada de decisões em sociedades pluralistas como as nossas. Daí que a educação é crucial para uma cidadania democrática, devendo nutrir o discurso público e o engajamento da sociedade civil no bem comum. Para tanto, requer, além de conhecimentos, consciência ética, reflexão crítica e compromisso com a ação (PRESIDENTIAL..., 2016).

Dados os desafios do avanço da ciência e da tecnologia, da persistência de problemas humanitários históricos e, ainda, a atual ascensão do autoritarismo em vários países do mundo, a deliberação se apresenta como um importante instrumento para a tomada de decisões responsáveis em sociedades que se pretendam democráticas e que primam por uma ética civil e cidadã.

No Brasil, ao longo das primeiras décadas do Sistema Único de Saúde, ampliaram-se as possibilidades de participação profissional, como por exemplo, nos conselhos de saúde e nos comitês de ética em pesquisa. A deliberação ética coletiva passou a ser requerida como uma nova excelência profissional, necessária ao melhoramento ético das práticas em saúde (GOMES; PARISI, 2017).

Neste contexto, pode-se afirmar que “a deliberação é uma escola de vida (...) e (que) os cursos de bioética deveriam ser verdadeiras escolas de deliberação” (GRACIA, 2016a, p.13). Mas a que deliberação precisamente nos referimos?

Pose (2009, p.88, tradução nossa) nos alerta que “o habitual é identificar a deliberação como um simples diálogo, ou crer que se trata de ajudar a tomar decisões por consenso. Isto é um grande erro”. De fato, a palavra “deliberação” é descrita no dicionário da língua portuguesa como “ação ou efeito de deliberar ou deliberar-se”; como “argumentação sobre um assunto polêmico”, sinônimo de “debate”; “discussão cujo propósito consiste na resolução de um problema”; e ainda, “ato executado ou resolução tomada após

¹Texto originalmente publicado em capítulo de livro: FINKLER, M. A deliberação moral: método para a Bioética da Responsabilidade. In: Dulcinéia Ghizoni Schneider; Flávia Regina Souza Ramos. (Org.). Ensino Simulado e deliberação moral: contribuições para a formação profissional em saúde. 1ed.Porto Alegre: Moriá, 2019, p. 63-84.

reflexão” (DICIO, 2019). Desta forma, trata-se de um termo amplamente empregado e possuidor de variados sentidos no senso comum, no âmbito político, no jurídico e no filosófico.

Em uma perspectiva filológica, deliberação provém do latim *deliberativo*, que deriva da raiz *liber*. *Libertas* significava um estado de ausência de coação. Disto se depreende que a deliberação depende da liberdade para tomar decisões, seja esta uma liberdade externa (ausência de coação), seja interna (ausência de ignorância, incontinência ou inautenticidade). Delibera-se, portanto, para se atuar autonomamente. *Liber* também formava a expressão *liberum arbitrium*, significando peso, ou seja, medida que se põe na balança para contrastar com outros elementos. Um termo que sugere, então, a ponderação entre diferentes fatores e a eleição da opção que surge entre eles (POSE, 2009).

Na bioética, a deliberação ocupa evidentemente um espaço central, mas também nesta área é necessário identificar a que tipo de deliberação se refere. A U.S. Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, por exemplo, propõe uma “deliberação democrática” como um método de tomada de decisão no qual os participantes discutem e debatem uma questão de preocupação coletiva, com o objetivo de alcançar uma decisão acionável por política ou lei. Para tanto, propõem como etapas do processo deliberativo democrático: começar com uma pergunta política aberta; dedicar um tempo para a deliberação com máximo impacto; convidar à participação especialistas no tema e público em geral; promover discussão aberta e debate; e desenvolver recomendações de ações detalhadas (PRESIDENTIAL..., 2016).

Na literatura bioética, a deliberação moral revela-se como meio e instrumento de sistematização do manejo de problemas éticos. Promove a educação permanente dos profissionais, através do desenvolvimento da competência ética que envolve conhecimentos, sensibilidade e habilidades críticas e dialógicas para a análise e resolução prudente dos conflitos morais em saúde. Seu conceito tem sido ancorado em diferentes autores, assim como também são variados os métodos para a estruturação do processo deliberativo (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

Independentemente da afiliação, à deliberação têm sido atribuída uma série de contribuições para o trabalho em saúde. Individualmente são mencionadas uma abordagem abrangente e aprofundada dos usuários e das situações éticas; consciência, reconhecimento, discernimento e reflexão crítica sobre problemas éticos; diminuição da frustração e angústia com alívio de sofrimento moral; segurança para manejar problemas éticos; auxílio na busca de respostas aos mesmos; bem como desenvolvimento da competência moral. Já na perspectiva das equipes de saúde multidisciplinares são mencionadas como contribuições do método, compreensão e cooperação entre profissionais; fortalecimento do diálogo; favorecimento do processo educativo e do aprendizado interprofissional; criação de ambiente de reciprocidade, solidariedade e empatia com espaço para o compartilhamento de experiências; motivação no trabalho; sentimento de pertencimento à equipe; utilidade no cotidiano; e melhoria na qualidade do

atendimento. Trata-se, destarte, de um método capaz de promover a humanização da atenção à saúde (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

Neste texto, abordamos a deliberação moral a partir da concepção teórico-filosófica e proposta metódica de Diego Gracia, que a resgata de Sócrates² e, especialmente, de Aristóteles, que foi quem a introduziu e sistematizou³ (GRACIA, 2016a). Apesar da origem clássica⁴, trata-se de uma abordagem em Ética que apenas no século XX, após a crise da razão pura e da revalorização dos sentimentos na vida moral, passou a chamar a atenção dos filósofos por seu alcance, agora, muito distinto do tradicional (POSE, 2009).

Tal opção se ancora na ampla difusão do método que tem sido empregado com sucesso em comitês de ética institucionais, clínico-assistenciais e de pesquisa há cerca de quatro décadas (GOMES; FINKLER; SIRUANA, 2017) (1); em nossas experiências formativas e de pedagogia deliberativa na educação superior em saúde (FINKLER; NEGREIROS, 2018) (2); no reconhecimento do seu valor prático-instrumental e na apreciação de sua fundamentação teórica (3) que, distintamente de outros referenciais bioéticos - deontológicos ou utilitaristas - não está afeita a determinadas morais, abrindo assim espaço ao diálogo realmente plural.

A Bioética da Responsabilidade de Diego Gracia

A história da ética do século XX é de descobrimento de um novo critério de ação moral: a da responsabilidade pelo futuro. Nunca até agora a história da ética havia entregado ao ser humano esta ideia de responsabilidade. Trata-se de responsabilidade em direção ao futuro; a outra, a responsabilidade pelo passado e pelo presente já vinha formando parte, de uma ou outra maneira, da consciência moral. A novidade agora é que a responsabilidade é fundamentalmente do futuro, do que sendo tecnicamente possível não sabemos se deveria ser eticamente (POSE, 2011, p. 172, tradução nossa).

Diego Gracia Guillén - filósofo, médico, psicólogo clínico, psiquiatra e educador - é o maior expoente da bioética na Espanha, e um dos bioeticistas de maior influência no mundo, graças a sua bagagem filosófica e clínica, e, aos seus conhecimentos em História da Medicina e Antropologia Médica. Reconhecido por seu

² Em Sócrates a deliberação tinha estrutura de diálogo, consistindo em um método de avaliação de ideias e crenças próprias com a ajuda de outros (a chamada “maieutica”), para descobrir os limites da sabedoria (POSE, 2011).

³ Deve-se a Aristóteles “o reconhecimento de que existem distintas classes de ciências (teóricas, práticas e produtivas), distintos tipos de conhecimentos (científico ou demonstrativo e opinativo ou probabilístico), distintos tipos de linguagens argumentativas (apodítica, dialética, retórica e sofística) e, conseqüentemente, distintos métodos (dedutivo e deliberativo) e distintos graus de verdade (certeza e prudência)” (POSE, 2011, p.74).

⁴ Sob uma perspectiva histórica, a origem da deliberação era política. O termo grego para deliberação era *boúlesis*, um substantivo ligado a outro nome – *Boulé* - que era o Conselho de Anciões na Grécia antiga: uma instância de ponderação e aconselhamento de caráter público, formada por homens de sabedoria conquistada à base de experiência, os chamados “prudentes” (*phronimoi*) (POSE, 2009, p.65).

rigoroso trabalho intelectual, seus estudos filosóficos e a fundamentação de sua bioética estão estreitamente ligados à filosofia de Xavier Zubiri e ao pensamento de Pedro Laín Entralgo, dos quais foi discípulo (CORTINA, 2011).

A maturação de sua obra na bioética passou por diferentes fases, das quais se destaca a versão mais atual, que justifica a insuficiência da linguagem dos princípios e consequências – típica do mundo anglo-saxão - e a inadequação da linguagem dos deveres e direitos – típicas do mundo germânico - como linguagens próprias da ética. Substituindo a linguagem clássica das virtudes pela mais moderna dos valores, sua “Bioética Deliberativa” (ZOBOLI, 2016) tem, como eixo central, a axiologia⁵ da vida - a bioética como construção e realização de valores (GRACIA, 2011), como fundamento dos juízes morais, uma ética de responsabilidade⁶, e como método, a deliberação moral (POSE, 2011).

A “Bioética de Responsabilidade” de Diego Gracia possui três características fundamentais: 1. A globalidade, porque considera a dignidade uma qualidade moral de todos; porque toma a bioética como primeira tentativa de se pensar a ética em modo global; e porque advoga por uma bioética ecológica; 2. A autonomia em relação às religiões, às leis e à técnica, e 3. Seu caráter prudencial e deliberativo. Desta forma, sua produção - de uma bioética clínica a uma bioética global - vem estruturando um referencial teórico-prático que tem contribuído significativamente para a tomada de decisões no campo da vida, pretendendo colaborar com um novo modelo de democracia – uma democracia deliberativa (POSE, 2011). Entendendo que a bioética é em essência deliberação, considera que poderá guiar tal transformação (GRACIA, 2002), a partir de juízos morais fundamentados uma perspectiva secular, plural, autônoma, razoável e responsável (POSE, 2011).

Conforme nos explica o autor, a moralidade é constitutiva do ser humano, porque é uma necessidade natural, um fenômeno biológico do qual depende nossa sobrevivência. E isto porque, diferentemente dos animais submetidos à lei da “seleção natural”, o ser humano não se adapta ao meio, mas estima valor a tudo e todos que o rodeiam, projetando ações em direção ao seu futuro. A partir desta capacidade de estimação ou valoração, vai transformando o mundo natural em um mundo cultural, ao lhe agregar valores. Vive,

⁵ Ao leitor interessado em desenvolver o método da deliberação moral recomenda-se fortemente a leitura de “GRACIA, D. La cuestión del valor. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid, 2011. 203p. Em especial, a segunda parte do livro, onde o autor trata do mundo dos valores morais, da relação dos valores com a ética e dos programas de educação moral ou de formação ética.

⁶ A ética da responsabilidade nasceu em princípios do século XX no contexto do existencialismo. Tratou de responder à pergunta propriamente moral (o que devemos fazer?) considerando que já não cabia mais olhar para trás, em direção a princípios universais ou deveres *a priori*, mas sim adiante, em direção a nossos projetos, ao futuro, já que a essência do ser humano há que ser construída, que é liberdade. Deste modo, o ser humano deve resolver seu problema moral autonomamente e arcar com as consequências de sua própria decisão. Daí tratar-se de uma ética da responsabilidade, e a bioética - que surgiu na terceira parte deste século como um movimento concreto dentro do movimento mais geral da ética da responsabilidade - ser uma bioética da responsabilidade (POSE, 2009, p. 103-104).

portanto, sob a lei da “escolha moral”. É justamente por sua capacidade e necessidade de projetar tudo aquilo a que atribui valor, que é, necessariamente, um ser moral. Mais que realizar projetos ou ações, o ser humano precisa justificá-las, fundamentá-las, para si e para os demais, porque seus projetos e ações lhe pedem contas, antes mesmo de serem realizados. Este pedir contas costuma-se chamar de responsabilidade ou justificação. Precisamos justificar o que queremos fazer ou o que fazemos frente nossa consciência moral (GRACIA, 2016b).

De nossos vínculos com os demais e com a realidade decorrem nossas obrigações, e delas derivam nossos deveres e responsabilidades. Essa é a base da experiência do dever que é a nossa experiência moral (GRACIA, 2007). Os valores demandam sua realização. Em outras palavras, demandam se tornar realidade, ganhar corpo e encarnar-se. Por isso, sentimos que nos obrigam a fazer certas coisas e a não fazer outras. E por isso, promover os melhores valores é o nosso dever ético (GRACIA, 2007; ZOBOLI, 2016). A ética trata de descobrir quais são nossos deveres morais e o faz analisando os fatos e os valores presentes nos conflitos morais.

Um conflito é uma coisa muito determinada. Não é o mesmo, por exemplo, um conflito que um problema. O termo problema procede do grego *próblema*, que por sua vez deriva do verbo *pró-bállo*, que significa lançar adiante, pró-pôr. A vida é um problema, porque temos que estar “pró-jetando” continuamente, escolhendo entre as distintas alternativas que se apresentam em cada situação. Eleger sempre é um problema (...) um problema não é um conflito. O problema surge pela necessidade que temos de eleger entre distintos cursos de ação possíveis. O conflito, pelo contrário, consiste no choque entre duas ou mais coisas (GRACIA, 2014, p.231-232, tradução nossa).

Existem conflitos de fatos, conflitos de valores e conflitos de deveres. E os chamados “conflitos morais”. Os fatos são dados de percepção. São contundentes e definitivos, de tal forma que na linguagem comum, usamos esta palavra para expressar o sentido de algo indiscutível. Fatos são percebidos direta ou indiretamente, de forma imediata ou mediante instrumentos. Mas há coisas na vida que não são dados de percepção ou fatos: são os valores. Diferentemente dos fatos, os valores não são percebidos, mas estimados, apreciados, valorados. Trata-se de uma importante distinção entre percepção e valoração: percebendo o mesmo, podemos valorar diferentemente. Outra questão importante é que sem fatos não há valores. Os valores são distintos dos fatos, mas dependem deles. Significa dizer que os fatos são suportes dos valores ou que os valores são suportados por fatos (GRACIA, 2007).

O mundo dos valores é riquíssimo, mas nele somos quase analfabetos. Apesar dos valores serem o que há de mais importante em nossas vidas, e de que valorar seja uma função imprescindível, não sabemos falar sobre eles e ainda menos, manejá-los nas situações de conflitos de valores. A incompatibilidade entre valores se apresenta quando, na tentativa de realizá-los, a promoção de um impede a realização total ou parcial de outro (GRACIA, 2011; 2014).

No ser humano, além do mundo dos fatos e o dos valores, há também um mundo dos deveres. Divergimos sobre o conteúdo de nossos deveres, mas a experiência do dever é praticamente universal. E como dito anteriormente, o que devemos é realizar valores – a paz, a justiça, a liberdade, o amor, a solidariedade, a beleza, a verdade e tantos mais. Esses ideais se impõem ao real, fazendo com que nos sintamos obrigados a realizá-los. Da mesma forma que valores se montam sobre fatos, os deveres se montam sobre os valores. Ou seja, os valores suportam, fundamentam e justificam nossos deveres (GRACIA, 2011; 2014).

Nossos valores só entram em conflito quando passamos do segundo ao terceiro mundo, ou seja, quando passamos da Axiologia para a Ética. Significa dizer que um conflito de valores é, na realidade, um conflito na realização de valores. E em sendo assim, são, no rigor dos termos, conflitos de deveres. Estes conflitos podem ser de dois níveis, momentos ou dimensões. O primeiro deles se refere ao nível do ideal, em que as circunstâncias não são consideradas. Seria, portanto, o momento do “deveria”, ou seja, da realização dos valores puros, ideais. O segundo nível é o da realização do valor em casos concretos, onde as circunstâncias são próprias e conhecidas. Seria, neste caso, o momento do “devo”, da realização dos valores na realidade em análise. Essa diferença entre o que se deveria (deveres *primos facie*) e o que se deve (deveres reais) é o que se chama de conflito de deveres. Conflitos morais, portanto, são conflitos de valores assim como conflitos de deveres (GRACIA, 2011; 2014).

Para resolvê-los é preciso primeiramente compreender sua lógica. Diferentemente dos problemas matemáticos que costumam ter solução e, além disso, ter solução única e demonstrável como verdadeira, quase todos os demais problemas do mundo possuem outra lógica. Os juízos morais são racionais, mas não são apodícticos. São dialéticos, ou seja, tratam da lógica da opinião⁷. Opiniões são juízos racionais que envolvem também elementos não racionais como crenças, sentimentos e valores. Nossas opiniões não esgotam a análise de problemas, permitindo julgamentos distintos e até mesmo opostos que podem também ser verdadeiros. Deste modo, trata-se da lógica polivalente da probabilidade, e não da lógica do tipo verdadeiro/falso (GRACIA, 2001b; 2014).

As decisões em saúde costumam ser problemáticas justamente porque carregam em si algum grau de incerteza. Ser um profissional de saúde competente inclui saber manejar adequadamente essa incerteza, conscientes de que podemos atuar prudentemente ainda que nossas decisões sejam apenas provavelmente certas. No âmbito dos fatos clínicos, estamos acostumados a usar métodos típicos da clínica para definir diagnósticos, prognósticos e tratamentos, diminuindo a incerteza e a insegurança a limites razoáveis. Isto é

⁷A lógica apodíctica é a derivada do raciocínio teórico. É demonstrativa, convincente e não admite contradição. Demonstra a conclusão a partir das premissas, assegurando a verdade da mesma, sem que haja possibilidade de uma alternativa ou um resultado distinto. Já a lógica dialética é a do raciocínio prático, onde ao menos uma das premissas é uma opinião. É a lógica própria do âmbito moral (GRACIA, 2016, p.136).

muito importante, pois a insegurança fomenta decisões irracionais e insensatas, além de provocar algum grau de sofrimento. Ocorre que no âmbito da clínica, como em qualquer outro, não existem fatos puros, pois como dito, sobre os fatos sempre se montam os valores das pessoas que os analisam. E pelo mundo dos valores ainda transitamos com dificuldade, especialmente nas situações de conflitos morais (GRACIA, 2016b).

Nessas situações somos tomados por angústia, a qual dispara mecanismos de defesa como a *negação* – a não escuta ou consideração do outro como interlocutor; a *agressão* – a imposição de próprio ponto de vista por coação ou coerção; a *projeção*, que tenta acabar com a angústia buscando um culpado; e a *racionalização*, que localiza razões irreais ou incorretas para justificar ou impor pontos de vista próprios, ou para excluir os demais da tomada de decisão (GRACIA, 2016b). Todas, formas de atuação que reforçam o modelo de relação clínica paternalista, na contramão do modelo emancipatório (POSE, 2009).

Nossas emoções nos levam a posturas extremas, de total aceitação ou total rechaço, e convertem os conflitos morais em dilemas, ou seja, reduzem-nos a questões com apenas duas possíveis saídas - extremas, incompatíveis e irreduzíveis. A dilematização de um conflito moral costuma ser fruto da angústia (GRACIA 2014). Mas conflitos morais não precisam ser entendidos como dilemas. Esta é apenas uma das posturas possíveis, e não por acaso, justamente a que conta como maior bibliografia na literatura médica e que está mais presente nas mídias de massa. Frente a essa postura dilemática ou mentalidade decisionista ou ainda tecnocrática, o objetivo da ética seria dar argumentos que inclinam a balança do juízo moral mais para um lado ou outro, com base na probabilidade e nas preferências ou valores⁸. A postura dilemática parte do pressuposto de que haveria uma decisão correta a ser seguida e apenas uma (GRACIA, 2001b). Na discussão bioética, esta redução das possibilidades de ação a apenas duas posições antagônicas tem sido chamada de “falácia dilemática”⁹ (JUNGES, 2019).

Uma tomada de decisão sobre um conflito moral só é ótima quando todos os valores em choque conseguem ser salvos, ao menos em alguma medida. Isso requer a busca de soluções intermediárias, que não costumam ser facilmente percebidas, porque nossa tendência natural é discutir impondo nosso ponto de vista e tentar convencer os demais de nossos argumentos. É da natureza humana querer ter razão. Mais que isso: querer ter toda a razão (GRACIA, 2016b). Para lidar com a incerteza controlando a angústia

⁸ Fundamentada na Teoria da Utilidade, cuja versão ética é o Utilitarismo, assume a ideia de maximização de resultados preferenciais, tomando a utilidade como principal critério ético. Esta mentalidade dilemática está hoje presente também em muitos deontologistas convictos, devido ao fato de pensarem que as questões morais podem ser resolvidas com exatidão e que há apenas uma resposta correta que seria universal e absoluta, que se descobriria pela aplicação direta e dedutiva de princípios e normas.

⁹ A falácia dilemática também está presente nos debates da sociedade civil. Pode ser observada quando os participantes defendem posições ideológicas que polarizam o diálogo, dificultando a busca por soluções consensuais, que acabam sendo definidas a base de voto ou reduzidas à perspectiva jurídica, entregue a alguém que tem expertise no assunto. Este é o núcleo da falácia dilemática, caracterizada como retórica, porque engoda a argumentação e impossibilita a discussão (JUNGES, 2019, p.198).

devemos seguir um método que nos indica como analisar uma questão e tomar uma decisão: o método da deliberação (GRACIA, 2001).

Esta deliberação requer a problematização dos conflitos morais e não sua dilematização. Problemas são questões abertas que não sabemos se podemos resolver. Suas soluções não estão dadas de antemão, mas precisam ser criadas. A problematização toma como pressuposto que a realidade é sempre mais complexa do que qualquer teoria ou ideia possível ou, dito de outro modo, que existe uma inevitável inadequação entre a realidade e nosso raciocínio. Tal descompasso é evidente na prática, em questões políticas, éticas e técnicas. Nessas questões a certeza é impossível e apenas a probabilidade pode ser alcançada. Desta forma, o raciocínio ético não seria o da episteme/ciência, mas da doxa/opinião. Significa dizer que as opiniões são incertas, mas não irracionais (GRACIA, 2001). Compreender essa diferenciação entre mentalidade decisionista (que foca na tomada de decisão) e mentalidade problemática (que foca no comprometimento com o processo deliberativo) é essencial na proposta de Diego Gracia (ZOBOLI, 2012).

A deliberação coletiva não é algo natural, mas moral, algo que podemos aprender. No entanto, consiste em um processo de difícil aprendizagem que exige como ponto de partida a assunção de que ninguém possui toda a verdade e de que o outro, pensando diferentemente, pode enriquecer nossa perspectiva de análise. De tal forma, a deliberação só é possível mediante um autocontrole psicológico e emocional que se revela na forma de comportamentos práticos facilitadores da deliberação, a saber: disposição a dialogar; capacidade de escuta e desejo de compreender os pontos de vistas dos demais; e certa dose de humildade (GRACIA, 2001a; 2014). Por tudo isso, a deliberação é um sinal de maturidade psicológica. Apenas quem é capaz de controlar os sentimentos de medo e angústia pode estar inteiro e ter a presença de espírito que o método exige (GRACIA, 2014).

Todos deliberamos individualmente antes de tomarmos uma decisão, para que esta seja prudente, responsável. Não se delibera sobre o que é óbvio ou sobre o que é demonstrável, pois o que é demonstrável se demonstra, se comprova, dispensando deliberação. Enquanto a demonstração dá certezas absolutas, a deliberação dá prudência para as decisões sobre as quais não cabe falar de certezas (GRACIA, 2016b).

A deliberação moral é desta forma o procedimento técnico que nos auxilia a encontrar os cursos de ação intermediários que costumam ser os mais prudentes. Pode ser individual, mas como a realidade concreta é sempre mais rica que nossos esquemas intelectuais, há que se acrescentar outros pontos de vista ao nosso, especialmente quando os problemas são complexos e/ou afetam muitas pessoas (GRACIA, 2001a). Todos os afetados pelas consequências das decisões são agentes morais válidos (GRACIA, 2003) e deveriam, idealmente, participar de seu processo deliberativo. Quando isto não é possível, é preciso levá-los em consideração, para que a decisão possa lhes ser moralmente aceitável (GRACIA, 2016b).

O resultado da deliberação está sempre na diferença entre o ponto de partida e o de chegada, com relação à ampliação de nossas perspectivas sobre o problema ético deliberado. Um processo deliberativo adequado é aquele que nos permite ver melhor a solução do problema - a solução ótima - apenas ao seu final. Em alguns casos, os membros de um grupo de deliberação não obterão consenso quanto à solução final do caso deliberado, mas a articulação de suas razões modificará a percepção do problema de todos. Este é o seu grande aprendizado. Daí que o processo deliberativo é, acima de tudo, uma poderosa ferramenta de educação ética para uma sociedade global e democrática (GRACIA, 2001a; 2003).

O método da deliberação moral proposto por Diego Gracia

Conforme visto anteriormente, o encadeamento entre fatos, valores e deveres é fundamental na construção dos juízos morais que ocorre na deliberação. Disso decorre que o procedimento deliberativo se dá em três níveis: deliberação sobre fatos, deliberação sobre valores e deliberação sobre deveres (GRACIA, 2001a). Seu itinerário pode ser observado no quadro 1.

<p><i>Deliberação sobre os fatos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Apresentação do caso</i> 2. <i>Esclarecimentos dos fatos</i> <p><i>Deliberação sobre valores</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. <i>Identificação de problemas éticos</i> 4. <i>Eleição do problema ético a deliberar</i> 5. <i>Identificação dos valores em conflito</i> <p><i>Deliberação sobre os deveres</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. <i>Identificação dos cursos de ação possíveis</i> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Identificação dos cursos de ação extremos</i> b. <i>Identificação dos cursos de ação intermediários</i> c. <i>Identificação do curso de ação ótimo</i> 7. <i>Provas de consistência da decisão</i> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Prova de legalidade</i> b. <i>Prova de publicidade</i> c. <i>Prova de temporalidade</i> 8. <i>Tomada de decisão</i>
--

Quadro 1 – Etapas do método de deliberação moral
Fonte: GRACIA (2014)

A demanda pelo processo deliberativo surge da necessidade de uma pessoa tomar uma decisão sobre o que deve fazer em relação a um determinado problema ético. Desta forma, a **apresentação do caso** deve ser realizada por quem está com o problema (GRACIA, 2014). Essa apresentação deve ser planejada previamente, de modo que todas as informações relevantes para a apreciação do caso sejam incluídas. Se o

caso está relacionado a um paciente ou a uma doença, por exemplo, há que se apresentar a situação clínica, seu diagnóstico, prognóstico e tratamento. É importante que tal planejamento se faça por escrito e detalhadamente, buscando reduzir ao máximo todas as incertezas. Aspectos relativos às condições sociais, familiares, culturais, educacionais e religiosas costumam ser necessárias para a compreensão dos aspectos morais do problema (ZOBOLI, 2012) e devem ser detalhadas tanto quanto possível.

Terminada a apresentação do caso, os participantes da sessão deliberativa devem perguntar à pessoa que apresentou o caso tudo aquilo que ainda consideram necessário saber para melhor compreendê-lo. Os **esclarecimentos dos fatos** devem esgotar as dúvidas dos participantes, abrangendo todos os aspectos correlacionados. Muitos dos erros nos juízos morais se devem a uma má análise dos fatos. Deste modo, uma boa deliberação sobre os fatos é fundamental para uma boa deliberação moral. Daí ser função do moderador estimular as perguntas dos participantes e conceder tempo suficiente a esta etapa. O melhor modo de saber a hora de finalizá-la é estar atento às redundâncias, ou seja, aos argumentos que começam a se repetir sem introduzir novas perspectivas de análise (GRACIA, 2014). Eventualmente pode acontecer do apresentador não conseguir dirimir dúvidas importantes sobre os fatos, sendo aconselhável o adiamento da deliberação para que tais respostas sejam primeiramente obtidas.

Nossa experiência no ensino-aprendizado da deliberação moral mostra que a falta de experiência com o método e/ou de maturidade dos participantes faz emergir perguntas nesta etapa que não se restringem aos fatos, como se estivessem tentando antecipar possíveis soluções. Frente a esta situação, cabe ao moderador-docente explicar a importância de cada nível deliberativo ser realizado no seu devido momento e por completo. Pode ser pedagogicamente interessante aproveitar também tal oportunidade para esclarecer o que são os fatos (distinguindo-os de cursos de ação, por exemplo) e identificar os sentimentos que o método desperta, alertando para a importância do desenvolvimento emocional para seu sucesso.

Finalizada a deliberação sobre os fatos, passa-se à deliberação dos valores. O moderador deve então estimular os participantes para **a identificação dos problemas éticos** relacionados ao caso. Aqui o termo “problema” é intencionalmente utilizado com toda sua ambiguidade. Problema ético será tudo aquilo que para alguém, de maneira intuitiva, seja problema ético. Busca-se assim, romper o receio inicial dos participantes em se manifestar. O importante é que todos que acreditam ter identificado algum problema ético, o digam. A maior dificuldade nesta etapa, no entanto, não está na dificuldade de identificá-los, mas de comunicá-los. Conseguimos nos expressar com precisão nas coisas que sucedem no mundo dos fatos, mas temos dificuldade de fazê-lo no âmbito dos valores. Isto faz com que as pessoas tentem verbalizar os problemas identificados com explicações longas e pouco precisas. O ideal é que, ao contrário, sejam comunicados da forma mais precisa e sucinta possível. Como se trata de problemas é adequado formulá-los

como perguntas. E como se trata de problemas éticos, o verbo da frase há de ser, preferencialmente, o verbo “dever” (GRACIA, 2014).

Nessa etapa, o moderador deve ir listando, em um quadro visível a todos, os problemas éticos que vão sendo comunicados na forma de perguntas (Figura 1). Em se tratando do ensino-aprendizagem do método, pode ser importante que o moderador-professor encoraje os membros a expressar os problemas que identificaram e, inclusive, que lhes ajude reformulando a elaboração de perguntas mais imprecisas. Embora o método não preveja um número determinado de problemas a ser elencados em cada caso, a experiência demonstra que este não deveria ser nunca inferior a sete. Da mesma forma que na etapa de esclarecimento dos fatos, uma estratégia para saber se é o momento de passar a etapa seguinte é prestar atenção ao surgimento de problemas redundantes.

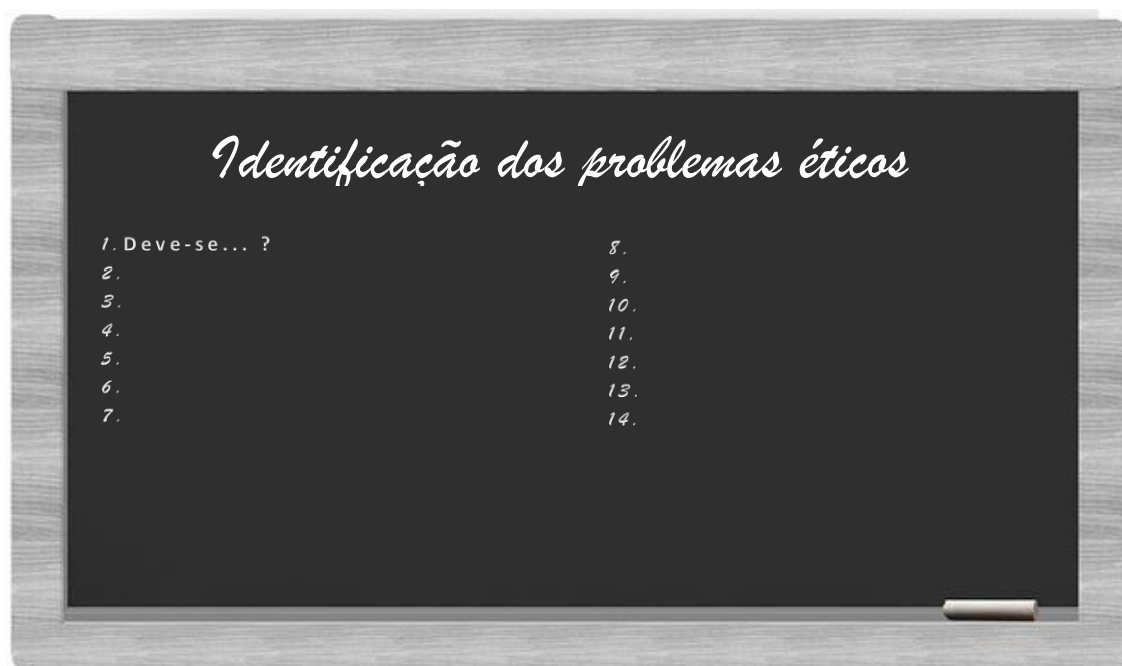


Figura 1 – Lista para identificação dos problemas éticos na 3ª. etapa do método deliberativo.

Identificar e comunicar problemas éticos são habilidades a serem treinadas. Ao fazê-lo, vamos aumentando a sensibilidade ética, melhorando a capacidade de compreender e expressar problemas morais, e enriquecendo nossa perspectiva a partir da escuta atenta dos demais. Tais ações, além de contribuir com a educação moral de cada participante, são importantes para os passos ulteriores do método. Se não se faz desta forma, na continuação da análise cada um poderá estar se referindo a um problema ético diferente, tornando-se impossível chegar a uma solução. Portanto, há que se **eleger o problema ético a deliberar**.

Essa escolha deve ser feita pela pessoa que apresentou o caso, ou seja, por quem propôs a deliberação por precisar de um assessoramento para resolver um problema específico. Ela não deve participar ativamente da etapa anterior, mas sim os distintos membros do grupo deliberativo. Finalizada a

lista de problemas éticos, deve-se perguntar a ela se entre os problemas identificados está o que lhe preocupa. Em caso positivo deve indicá-lo, e em caso negativo, deve-se acrescentar à lista o seu problema ético, que será, a partir de então, objeto da análise deliberativa. A experiência no método demonstra que a análise adequada de apenas um problema leva não menos do que duas horas e que, portanto, uma sessão de deliberação só consegue dar conta da análise de um único problema (GRACIA, 2014).

Na última etapa da deliberação de valores há que se **identificar os valores em conflito**, ou seja, transformar o problema ético em conflito moral, passando da linguagem concreta dos problemas para a linguagem abstrata dos valores (GRACIA 2014). Para tanto, é útil apagar a listagem dos problemas identificados na etapa 3, deixando-se registrado apenas o problema ético que será deliberado. Busca-se então, coletivamente, identificar quais são os valores que no caso concreto estão se chocando (Figura 2).

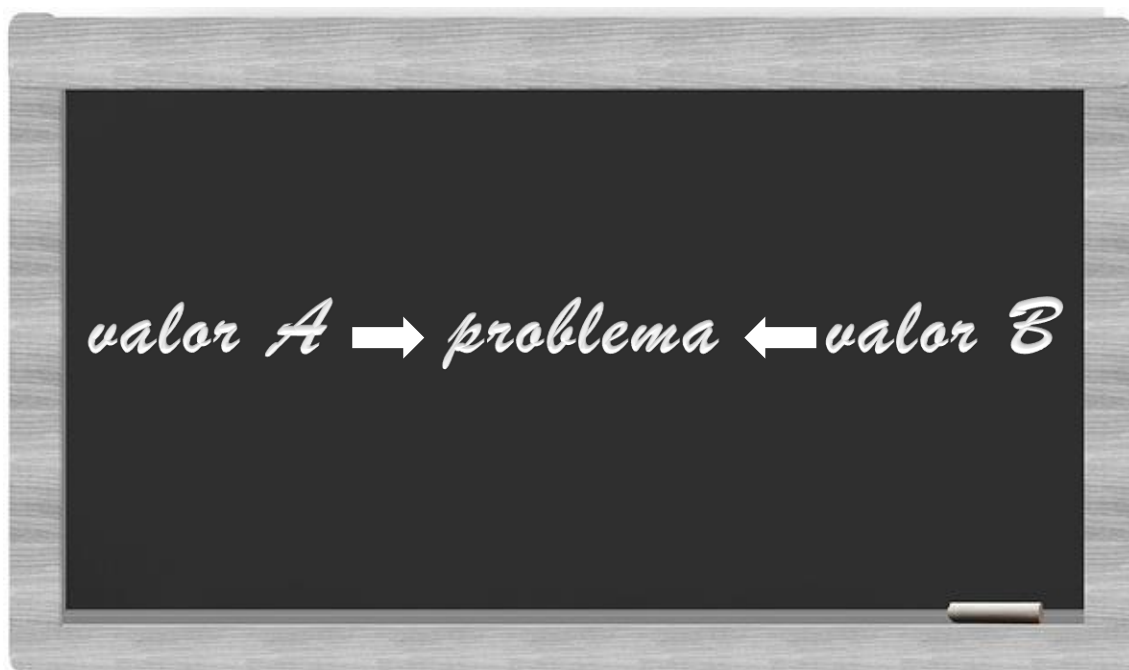


Figura 2 - Identificação dos valores em conflitos na 5ª etapa do método deliberativo.

“Um conflito de valores mal definido compromete o restante do processo deliberativo, pois se perde a essência do caso (...) [portanto] requer atenção dobrada” (ZOBOLI, 2012, p.56). Esta é uma das etapas que resultam mais difíceis às pessoas pouco experientes no método, mas à medida que vão deliberando os valores começam a ficar mais facilmente identificáveis. Um erro frequente é a indicação de um valor positivo e de seu oposto - um valor negativo, porque neste caso não haveria um conflito e uma deliberação seria desnecessária. Em sala de aula, esta etapa pode ser importante também para aumentar a compreensão sobre o que são e quais são os valores morais, distinguindo-os, por exemplo, de princípios éticos.

A deliberação dos deveres se inicia, então, com a **identificação sobre os cursos de ação possíveis**. Os cursos de ação são as saídas possíveis em uma situação dada. A mente humana tende a reduzir os cursos de ação a dois, opostos entre si, como se víssemos o branco e o preto, mas não todos os tons de cinza

intermediários a eles. Dada essa propensão, começamos identificando os **cursos de ação extremos** (Figura 3). Já sabemos de antemão que costumam ser drasticamente lesivos aos valores, mas convém identificá-los. Os cursos verdadeiramente extremos consistem sempre no mesmo: optando por um dos valores, aniquila-se o outro. Por isso são trágicos, imprudentes e devem ser evitados. Não devem ser escolhidos como decisão final a não ser que todos os cursos intermediários tenham falhado (GRACIA, 2014). Desta forma, devem ser considerados sempre como soluções extraordinárias, de exceção” (ZOBOLI, 2012, p.56).

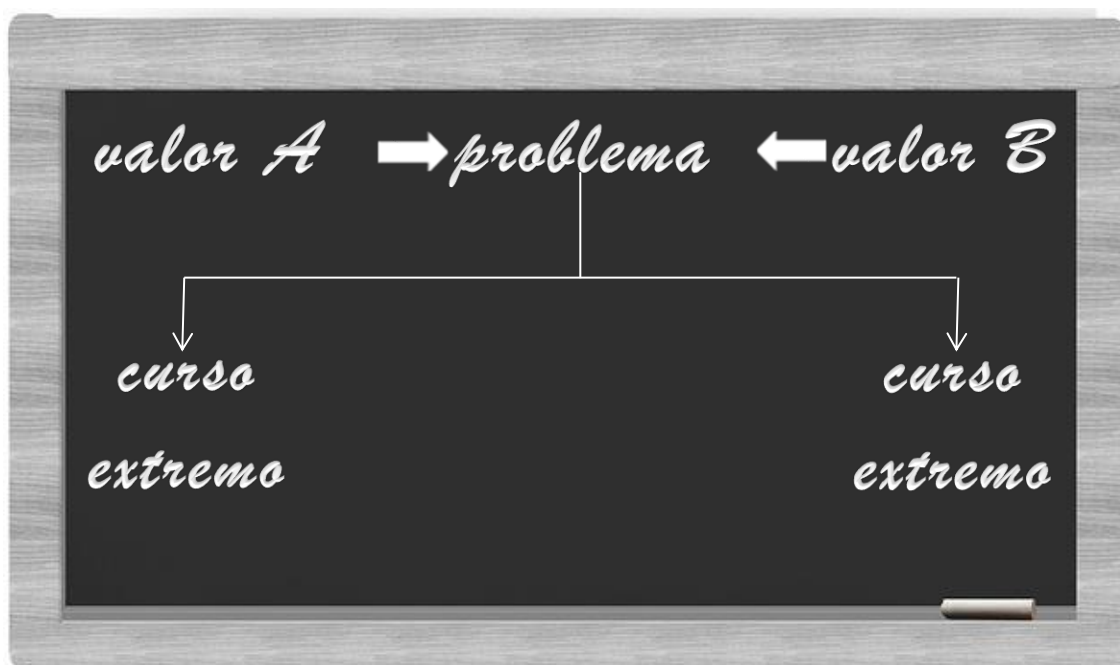


Figura 3 - Identificação dos cursos de ação extremos na 6ª etapa do método deliberativo.

O passo seguinte consiste em identificar **cursos de ação intermediários** (Figura 4), que partem dos extremos rumo ao centro, onde costumam estar a solução mais prudente, evidenciando assim a racionalidade problemática que fundamenta a deliberação (ZOBOLI, 2012). Esta tarefa depende de tempo e imaginação, sendo otimizada pela presença de membros no grupo com formações e experiências diversas, que enriquecem a análise e ampliam o número e a qualidade de saídas. Pode-se tomar como norma que os cursos possíveis são sempre cinco ou mais e que se foram identificados menos, o processo de análise foi falho (GRACIA, 2014).

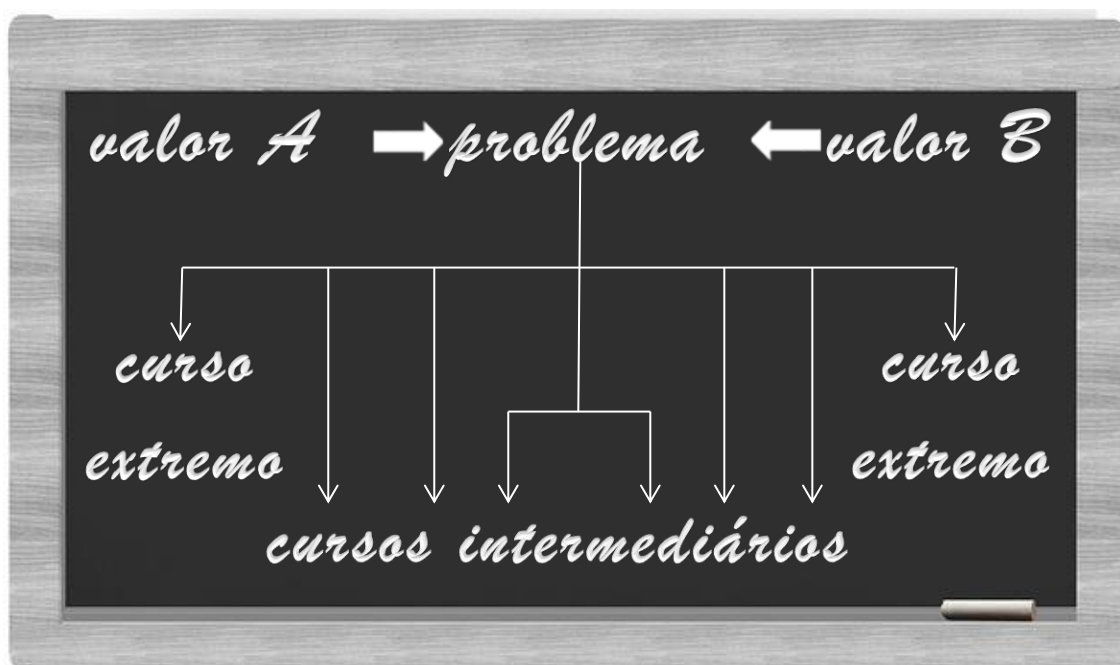


Figura 4 - Identificação dos cursos de intermediários na 6ª etapa do método deliberativo.

Identificados os cursos de ação extremos e intermediários, faz-se necessário deliberar sobre o **curso de ação ótimo**, aquele que realiza ao máximo cada um dos valores em conflito ou os prejudica o menos possível. É a busca pela decisão mais prudente e responsável, que só pode ser definida após a ponderação de todas as circunstâncias (GRACIA, 2014). Frequentemente o curso ótimo é composto por mais de um curso de ação intermediário, como um conjunto de medidas que podem ser adotadas no caso. Também é frequente que haja um consenso acerca do curso ótimo, ainda que este não seja o objetivo do método.

Embora neste momento do procedimento um curso ótimo já tenha sido definido, a prudência nos exige testá-lo. Para tanto, deve-se submetê-lo a certas **provas de consistência da decisão**. As mais importantes são: a prova de legalidade – a decisão é legal?; a prova de publicidade – estaria disposto a tomar a mesma decisão caso se tornasse pública?; e a prova de temporalidade – tomaria a mesma decisão se tivesse mais tempo para decidir? (GRACIA, 2014).

A **prova de legalidade** objetiva assegurar que a decisão não é ilegal. Ética e Direito são coisas distintas, de modo que uma decisão pode ser moral e ilegal, ou o contrário, imoral e legal. O método não leva as leis em consideração até o final do processo justamente para não confundir a análise ética com a jurídica. Mas neste ponto da análise é importante considerar o que dizem as leis sobre o curso ótimo. Primeiramente, porque não é prudente dar conselhos contrários às leis, e segundo, porque se a decisão ótima é ilegal, convém que a pessoa que está sendo aconselhada esteja ciente. A **prova de publicidade** é importante porque não se pode ter certeza de que a decisão não se tornará pública ou que não chegará a tribunais. Desse modo, se alguém não se sente capaz de justificar a decisão publicamente, também deve

repensá-la. E por fim, a **prova de temporalidade**, que se baseia no fato de que decisões acaloradas, tomadas sob fortes emoções, costumam ser imprudentes. A passagem do tempo reduz nossas emoções, aumentando a prudência de nossos juízos morais. Por isso, esta prova trata de refletirmos se estamos tomando a decisão movidos por emoções, ou se tomaríamos a mesma decisão caso pudéssemos esperar algumas horas ou dias (GRACIA, 2014).

Se uma decisão resiste a estas provas, podemos considerá-la prudente e aconselhá-la como **decisão final** à pessoa que apresentou o caso. Caberá a ela tomar a decisão, já que o processo deliberativo não tem caráter executivo nem decisório, mas apenas consultivo, e que as sessões de deliberação não exoneram as pessoas de suas responsabilidades (GRACIA, 2001a; 2014).

Ao coordenador da sessão de deliberação recomenda-se estar atento ao tempo que cada uma das etapas demandará. Uma adequada distribuição de tempo entre as etapas de uma sessão deliberativa com duas horas de duração é apresentada no Quadro 2.

Tempo (min)	Atividades relacionadas às etapas do método
10	Apresentação dos participantes
10	Apresentação do caso
25	Esclarecimento dos fatos
20	Identificação de problemas éticos
5	Identificação dos valores em conflito
5	Identificação dos cursos extremos
30	Identificação dos cursos intermediários
5	Eleição do curso ótimo
5	Provas de consistência da decisão
5	Tomada de decisão

Quadro 2 - Distribuição de tempo entre as atividades relacionadas às etapas do método.
Adaptado de Gracia (2016, p.49).

Outras recomendações ao coordenador da sessão, provenientes dos anos de experiência na condução de sessões deliberativas do proponente do método, podem ser encontradas no Quadro 3.

O coordenador da sessão de deliberação:

- Deve ser experiente no método, pois é necessário dominar essa habilidade para a condução proveitosa do processo;
- Deve ter formação adequada ao caso e conhecimentos técnicos suficientes sobre os fatos;
- Deve realizar as sessões com grupos de tamanho adequado (idealmente com 12 pessoas), porque em grupos maiores o tempo para a participação de todos será insuficiente, e porque em grupos menores, a diversidade/riqueza de perspectivas poderá ser ameaçada;
- Deve controlar o tempo e conceder a palavra a todos, evitando conversas cruzadas ou falas muito longas;
- Deve fomentar a participação inicial, momento em que os participantes, usualmente, ainda estão acanhados, aproveitando a fala de quem iniciar (há que cuidar para não permitir o monopólio do debate por parte das pessoas mais participativas, especialmente das que se sintam gratificadas pelo coordenador quando de sua primeira intervenção);
- Deve considerar um assunto esgotado e passar a outro quando as falas começam a se repetir sem acrescentar argumentos novos, sempre justificando o porquê de se dar por finalizado tal ponto e passar ao próximo;
- Deve resgatar o propósito da sessão sempre que as opiniões forem muito dispersas ou o debate se desvie, ressaltando a necessidade de foco de atenção em um ponto;
- Deve justificar o porquê de não se voltar a etapas anteriores do processo, quando algum participante faz uma colocação pertinente a uma daquelas etapas;
- Deve estar muito atento para exigir respeito quando houver qualquer tipo de conflito entre os participantes;
- Deve estar ciente de que sua função é a de coordenar, sem manipular ou dirigir, o que se torna mais fácil quando não expõe seu ponto de vista;
- Deve se esforçar ao máximo para não se impor;
- Deve rodiziar a condução das sessões entre os participantes uma que vez que estejam bastante treinados em sua dinâmica, para que tenham a possibilidade de desenvolver tal habilidade;
- Pode se valer de um observador entre os participantes que tenha a função de se isentar da deliberação para fazer uma análise crítica da sessão ao seu final.

Quadro 3 - Orientações para o coordenador da sessão de deliberação moral.

Adaptado de GRACIA et al. (2016, p.50).

É certo que se aprende a deliberar deliberando, mas é igualmente certo que a qualidade da deliberação dependerá do conhecimento e da experiência do coordenador da sessão. Nesse sentido, recomenda-se a leitura direta dos materiais referenciados neste texto, particularmente os do professor Diego Gracia, para uma melhor compreensão de sua Bioética da Responsabilidade. Ademais, sugere-se consultar os “casos clínicos comentados” que compõem uma sessão específica da revista Bioética

Complutense¹⁰, que desde 2010 publica relatos de sessões de deliberação moral, sendo uma importante fonte de casos reais, especialmente úteis para o ensino-aprendizagem do método.

Para finalizar, retomamos as palavras de Gracia (2014, p.259), para quem...

... aprender a deliberar leva a conhecer um pouco melhor a si mesmo e a respeitar mais aos outros. A grande tragédia de nosso tempo está, ao meu modo de ver, nisto, na escassíssima capacidade para a deliberação. Em vez de ensinarmos a deliberar já na escola primária, nos formam no contrário, em impor nosso próprio ponto de vista, em dogmatizar nossas afirmações, em optar pelos cursos extremos. Daí que a bioética tenha hoje, no começo do século XXI, uma função social de primeira ordem, promover a deliberação, não apenas no âmbito sanitário, mas em toda a sociedade.

Referências

CORTINA, A. Discurso de contestación. In: GRACIA, D. **La cuestión del valor**. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid, 2011. 186-203p.

DICIO. **Dicionário online de português**. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/deliberacao/>. Acesso em: 11 ago. 2019.

FINKLER, M.; NEGREIROS, D.P. Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. **Rev. ABENO**, v.18, n.2, p.37-44, 2018.

GOMES, D.; FINKLER, M.; SIRUANA, J.C. Melhoramento ético das práticas em saúde: comitês de Bioética em Espanha e Brasil. **RIB**, n.4, p.1-17, 2017.

GOMES, D.; PARISI, S. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, v.15, n.2, p.347-371, 2017.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Med. Clin.**, v.117, n.1, p.18-23, 2001a.

_____. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. **Med Health Care Philos.**, v.4, n.3, p.223-32, 2001b.

_____. De la bioética clínica a bioética global: treinta años de evolución. **Acta Bioethica**, v.8, n.1, p. 27-39, 2002.

_____. Prólogo a la segunda edición. IN: GRACIA, D. **Procedimientos de decisión en ética clínica**. Triacastela: Madrid, 2007. p.1-8.

_____. **La cuestión del valor**. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid, 2011. 203p.

_____. La deliberación como método da bioética. IN: PORTO et al (org.). **Bioética: saúde, pesquisa, educação**. CFM/SBB: Brasília, 2014. v.2, p.223-259.

_____. The mission of ethics teaching for the future. **Int. J. Ethics Educ.**, v.1, p..7-13, 2016a.

GRACIA, D. (coord.) **Ética y ciudadanía: construyendo la ética**. PPC: Madrid, 2016b. 307p.

JUNGES, J.R. Falácia dilemática nas discussões da bioética. **Bioética**, v.27, n.2, p.196-203, 2019.

¹⁰ Disponível em: <https://www.ucm.es/hc/bioetica-complutense>.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Bioética**, v.23, n.15, p.142-23, 2015.

POSE, C. **Bioética de la responsabilidad**: de Diego Gracia a Xavier Zubiri. Triacastela: Madrid, 2011. 178p.

POSE, C. **Lo bueno y lo mejor**: introducción a la bioética médica. Triacastela: Madrid, 2009. 133p.

PRESIDENTIAL COMMISSION FOR THE STUDY OF BIOETHICAL ISSUES. 2016. Bioethics for every generation. **Deliberation and education in health, science, and technology**. Washington, D.C., 2016.

ZOBOLI, E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. **Bioethikos**, v.6, n.1, p.49-57, 2012.

_____. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **RIB**, n.2, p.1-19, 2016.

Plano de ensino da Bioética da Responsabilidade no PPGSC/UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



SEMESTRE 2020.2

Plano de Ensino modificado em caráter excepcional devido à pandemia COVID-19 conforme: Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, Decreto Estadual nº 587, de 30 de abril de 2020, Portaria MEC 544 de 16 de junho de 2020, Resolução Normativa 140/2020/CUn, de 24 de julho de 2020.

I. IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA

CódigoSPB510027

Nome da disciplina: Bioética da Responsabilidade

No. horas-aula semanais: 45h/a

Número de créditos: 3 créditos

Sala de aula síncronas: webconferências UFSC

II. PROFESSORA

Mirelle Finkler

III. CURSO(S) PARA O QUAL(IS) A DISCIPLINA É OFERECIDA

Mestrado em Saúde Coletiva

Doutorado em Saúde Coletiva

IV. EMENTA

A experiência moral. A construção da moralidade. Éticas de responsabilidade. Características fundamentais da Bioética da Responsabilidade de Diego Gracia. Deliberação Moral. Bioética narrativa: da narração à deliberação.

V. OBJETIVOS

Educar para a gestão autônoma dos valores morais e para a deliberação de decisões éticas, contribuindo para o desenvolvimento de profissionais de saúde, futuros docentes e cidadãos eticamente competentes e responsáveis.

VI. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Unidade 1: Fundamentos de ética: a experiência da moralidade; fatos, valores, deveres perfeitos e imperfeitos; educação moral; sistemas morais; éticas deontológicas, teológicas e de responsabilidade.

Unidade 2: A Bioética da Responsabilidade de Diego Gracia: pressupostos, características fundamentais e seu método.

Unidade 3: Bioética Narrativa: hermenêutica e narratividade; potencialidade para o aprendizado do método deliberativo.

Unidade 4: Práticas deliberativas: construção de casos para deliberação; deliberação de problemas éticos; condução da sessão deliberativa.

VII. METODOLOGIA

- Aulas expositivas dialogadas;
- Leituras e análise de textos;
- Emprego de audiovisuais para deliberação
- Sessões deliberativas

VIII. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

Frequência: acesso às sessões presenciais e aos materiais disponibilizados - 2

Interesse e participação qualificada – peso 3

Organização e condução de uma sessão deliberativa - peso 3

Entrega do relatório da sessão deliberativa - 2

IX. METODOLOGIA DE RECUPERAÇÃO

Elaboração de um trabalho escrito sobre o conteúdo da disciplina.

X. CRONOGRAMA

SEMANA	CH	Conteúdo - Atividade
1	3h/a	Apresentação da disciplina – webconferência Experiência moral – videoaula e texto no moodle Discussão - webconferência
2	3h/a	Fundamentos de ética - videoaula e texto no moodle Discussão - webconferência
3	3h/a	O mundo dos valores – webconferencia ou videoaula e texto no moodle Discussão - webconferência

4	3h/a	Bioética da Responsabilidade - webconferencia ou videoula e texto no moodle Discussão - webconferência
5	3h/a	Dilematização x Problematização - webconferencia ou videoula e texto no moodle Discussão - webconferência
6	6h/a	Leituras complementares
7	3h/a	Deliberação Moral - webconferencia ou videoula e texto no moodle Discussão - webconferência
8	3h/a	Bioética Narrativa - webconferencia ou videoula e texto no moodle Discussão - webconferência
9	2h/a 1h/a	Sessão deliberativa: experimentação Análise e dúvidas sobre a SD - webconferência
10	2h/a 2h/a	Estudo de casos deliberados Planejamento do caso para deliberação
11	2h/a	Sessão deliberativa 1 - webconferência
12	2h/a	Sessão deliberativa 2 - webconferência
13	2h/a	Sessão deliberativa 3 - webconferência
14	2h/a	Sessão deliberativa 4 - webconferência
15	2h/a 1h/a	Sessão deliberativa 5 - webconferência Avaliação da disciplina, postagem do relatório da SD e encerramento

XI. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BÁSICAS:

FINKLER, M. A deliberação moral: método para a Bioética da Responsabilidade. In: SCHNEIDER, D.G; RAMOS, F.R.S. **Ensino Simulado e deliberação moral**: contribuições para a formação profissional em saúde. Porto Alegre: Moriá, 2019, p. 63-84.

GRACIA, D. **La cuestión del valor**. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales, 2011.

_____. **Construyendo valores**. Madrid: Triacastela, 2013.

_____. La deliberación como método da bioética. IN: PORTO et al (org.). **Bioética**: saúde, pesquisa, educação. CFM/SBB: Brasília, 2014. v.2, p.223-259.

_____. **Ética y ciudadanía**: construyendo la ética. v.1. Madrid: PPC, 2016.

_____. **Ética y ciudadanía**: deliberando sobre valores. v.2. Madrid: PPC, 2016.

MORATELLA, T.D. **Bioética y cine**: de la narración a la deliberación. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2010.

POSE, C. **Bioética de la responsabilidad**: de Diego Gracia a Xavier Zubiri. Madrid: Triacastela, 2011.

_____. **Lo bueno y lo mejor:** introducción a la bioética médica. Madrid: Triacastela, 2009.

ZOBOLI, E.L. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. **Bioethikós**, v.6, n.1, p.49-57, 2012.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES:

CAMPS, V. **Breve história de la ética.** Barcelona: RBA, 2013

CORTINA, A. **O fazer ético:** guia para educação moral. São Paulo: Moderna, 2003. 119p.

_____. **El mundo de los valores:** ética y educación. Bogotá: El Buho, 1997.

GOMES, D.; PARISI, S. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, v.15, n.2, p.347-371, 2017.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med. Clin.*, v.117, n.1, p.18-23, 2001a.

_____. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. **Med Health Care Philos.**, v.4, n.3, p.223-32, 2001b.

_____. De la bioética clínica a bioética global: treinta anos de evolução. **Acta Bioethica**, v.8, n.1, p. 27-39, 2002.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Bioética**, v.23, n.15, p.142-23, 2015.

MORATELLA, T.D.; GRANDE, L.F. **Bioética narrativa.** Madrid: Escolar y Mayo, 2013.

PUIG, J.M. A construção da personalidade moral. São Paulo: Ática, 1998. 253p.

ZOBOLI, E.L. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **Rev. Iberoam. Bioética**, n.2, p.1-19.

DELIBERANDO

Violência Baseada em Gênero à Refugiada no Campo de Sheder¹¹

*Eliane Ricardo Charneski
Daymée Taggesell de Córdova*

Apresentação do caso

Na Etiópia, os campos de refugiados (Kebribeyah, Aw Barre e Sheder) no distrito de Adis Abeba, até 2012, acomodavam aproximadamente um total de 41.500 refugiados. Um estudo sobre violência baseada em gênero foi feito nos referidos campos, onde foi levantado que mulheres e meninas sofrem violência de gênero, variando do nível individual ao estrutural. Existem evidências de danos físicos, psicológicos, reprodutivos e sociais imediatos e a longo prazo. O maior dano é devido ao estigma que mulheres e meninas sofrem, por se tratar de estrutura que pune a mulher que engravidar antes do casamento. Se isso ocorrer, ela será banida da comunidade.

Se a mulher ou a menina tiver namorado e tiver parente, e ela engravidar sem casamento, vai ser excomungada da comunidade dela, ninguém pode falar com ela, ninguém pode apertar sua mão, ninguém pode fornecer qualquer ajuda para ela, como se ela estivesse morta para eles¹².

Todos os tipos de violências ocorrem, inclusive violência doméstica e sexual. Elas chegam às unidades de saúde com sinais de violências, porém quase nunca denunciam por medo das consequências.

Nesses campos de refugiados a tarefa de buscar a água, cabe às mulheres e os poços de água ficam fora dos campos. Nesses momentos as violências sexuais ou raptos de mulheres acontecem. Muitas delas são forçadas a se casarem com seu agressor devido a estrutura social que está implícita em torno da violência contra a mulher. Em se tratando de mulheres solteiras, se a violência for divulgada/denunciada, a comunidade a exclui por tabu, além de ficar configurado o risco de elas estarem contaminadas pelo HIV. Por isso elas se calam e, mesmo que os profissionais de saúde e responsáveis pelos campos saibam da existência da violência, a ocorrência fica velada e ela não recebe cuidados.

Os organismos da ONU e do Estado acolhedor não têm controle das situações dentro dos campos devido a subnotificação e falta de trato para trabalhar com culturas diversificadas.

Profissionais de saúde sabem que muitas das mulheres violentadas podem estar infectadas pelo vírus HIV, já que a taxa é muito alta dentro das comunidades mais vulneráveis. Sendo assim, as mulheres preferem

¹¹ Caso fictício, mas baseado em dados reais.

¹² Wirtz AL, Glass N, Pham K, Aberra A, Rubenstein LS, Singh S. et al. Development of a screening tool to identify female survivors of gender-based violence in a humanitarian setting: qualitative evidence from research 69 among refugees in Ethiopia. *Conflict and Health*, v.7, n.13, p.1-4, 2013.

não denunciar para não correrem o risco de serem banidas pela comunidade. Isso as deixaria isoladas, sozinhas e sem tratamento para as possíveis infecções sexualmente transmissíveis decorrentes da agressão.

Para as que já convivem com HIV e aceitam o tratamento, os profissionais de saúde precisam ofertar oficina de culinária e, com isso, às escondidas administrarem as medicações. Muitas são casadas e seus companheiros estão infectados, porém o assunto fica velado mesmo entre o casal.

Se a mulher ou menina contar aos profissionais de saúde e autoridades sobre a violência, uma ocorrência será aberta e começarão as investigações, o que demandará da própria vítima, pagamento de intérprete para contar o caso. Todo esse movimento fará com que a comunidade fique sabendo do caso e ela ficará isolada devido ao estigma criado socialmente para as vítimas de violências. Isso a deixará ainda mais vulnerável para sofrer outras violências. É neste contexto que se apresenta o caso a ser deliberado, como segue.

Durante uma das entrevistas com refugiados no Campo de Sheder, Distrito de Adil, uma pesquisadora esbarra num problema ético: uma das jovens participantes da pesquisa, sabendo que tudo que diz na entrevista teve garantia por parte da pesquisadora sobre ficar em sigilo, acaba revelando que está desesperada porque engravidou em decorrência de um estupro. Conta que a violência aconteceu há cerca de 2 meses atrás, quando estava fora do campo buscando água. Fala que anda se sentindo triste, com vontade de morrer e que não pode procurar ajuda médica por ter medo de que todos saibam, a isolem e a excluam. Pede à pesquisadora que a ajude a abortar porque está determinada a fazê-lo e confia ainda que se não conseguir, pensa em se matar. A jovem tem 22 anos e vive em Sheder com os pais e o irmão mais novo. Ela não contou a situação que vive para mais ninguém.

Ao refletir, a pesquisadora se encontra diante de um dilema, pois se não prestar ajuda à jovem, ela pode tentar resolver a situação sozinha e, com isso, correr risco de vida por aborto inseguro. Por outro lado, se não a ajudar, pode se suicidar. Sabendo que dilemas nunca tem boas saídas, a pesquisadora pede a um grupo de pessoas para deliberar sobre o que deve fazer.

Esclarecimentos dos fatos

- A jovem já entrou em contato com a equipe de saúde quando chegou ao Campo? Sim.
- A jovem buscou atendimento profissional? Para essa situação não.
- A equipe profissional ofertaria um aborto de forma legal? Sim.
- A comunidade sabe que os profissionais ofertam o aborto de forma legal? Sim.
- A pesquisadora poderia procurar de forma anônima a unidade de saúde? Sim, podendo buscar informações sobre a oferta de ajuda, sem identificar a vítima.
- A pesquisadora tem contato com a equipe de saúde? Sim.

- A informação sobre a situação, caso a jovem fale aos profissionais, é divulgada por uma política da instituição de saúde? Não, por conta da abertura de uma investigação.
- Fora desse Campo há uma instituição que presta serviço de intérprete gratuito? Não se sabe.
- O aborto só é realizado em caso de estupro? Não se sabe.
- A equipe de saúde é obrigada a relatar a violência às autoridades? Possivelmente sim, tanto que as mulheres não abrem tal situação devido investigações.
- Qual é a religião da jovem e comunidade, a equipe de saúde são profissionais internacionais, eles têm alguma vinculação moral-religiosa? A maioria dos refugiados é de muçumanos, os profissionais de vários países.
- Existe algum tipo de punição para esses agressores? De forma muito branda, trata-se de grupos armados e violentos.
- Violência sexual e doméstica é comum? Sim, principalmente pela cultura.
- Não teria nenhum grupo de mulheres que poderiam oferecer apoio para essa jovem? Não.
- Tem algum trabalho de prevenção? Não, inclusive as agências têm buscado alternativas.
- Quem são as pessoas que trabalham em nome da ONU nos Campos de refugiados? Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, advogados,
- Qual é o trabalho dos advogados no Campo? Questões consultivas do Campo e da relação deste com o Estado acolhedor.
- Esses profissionais têm liberdade para iniciar algum trabalho preventivo, vontade, iniciativa? Sim, mas é difícil vencer a violência estrutural perpetrada por grupos armados.
- Ela mora numa barraca com os pais e irmão? Sim. Há quanto tempo? Não se sabe. Qual é a perspectiva de sair do Campo? Nenhuma, por não existirem mais Estados acolhedores interessados em receber os refugiados.

Identificação dos problemas éticos

1. Até que ponto as condutas locais em relação à falta de sigilo na assistência aos pacientes prejudicam a terapêutica?
2. Cabe aos profissionais de saúde a fiscalização/policiamento?
3. Não interferir legalmente não seria negligência?
4. O silenciamento diante das violências é uma forma de fortalecer o patriarcado?
5. Deveria haver um protocolo de abortamento para as situações de violência nos Campos?
6. Há limites aceitáveis para a cultura?
7. Como o aborto mudaria a vida da vítima diante a exposição contínua às violências?

8. De quem deve ser a responsabilidade pela vida dessas pessoas que estão nos Campos de refugiados?
9. Como os profissionais que trabalham no Campo lidam com seus sofrimentos morais?
10. Até que ponto a violência sexual deve ser silenciada em prol da cultura machista?
11. Deveria haver interesse das autoridades locais para com essa situação?
12. Qual a importância é dada para um ser em formação quando não é dada importância para um ser que já participa da sociedade?
13. Qual o dever de um pesquisador com a jovem?
14. Até que ponto o pesquisador pode interferir em questões morais dentro dos Campos e nas pesquisas?
15. Como se posicionar dentro de uma comunidade silenciada?
16. Como se relacionar com culturas distintas diante de um dilema ético?
17. É possível acolher e criar vínculo quando o diálogo é quase impossível?
18. Como possibilitar um espaço de fala sigiloso para a vítima?
19. Como promover mecanismos de proteção, justiça e dignidade da mulher nesses espaços?
20. Qual a implicação do gênero dos profissionais no Campo no atendimento às vítimas de violência?
21. Até que ponto nações membro da ONU podem não seguir suas metas (igualdade de gênero, saúde, bem-estar de seus povos, entre outras)?
22. Deve existir um interesse coletivo da sociedade local para mudanças?
23. Qual o dever dos Governos nessas situações de crise humanitária?
24. Como reivindicar os direitos humanos nessas situações?

Identificação da questão a ser deliberada

Se a pesquisadora não prestar ajuda à jovem ela pode tentar resolver a situação sozinha e, com isso, corre risco de vida por aborto inseguro ou suicídio, mas por outro lado, se ajudar ela pode ser discriminada e excluída de sua comunidade, deixando-a ainda mais vulnerável. Ajudo ou não ajudo?

Identificação dos valores em conflito

Inclusão/Liberdade X Vida

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- 1- Buscar entre os profissionais quem pode orientar e apoiar num aborto seguro e outros atendimentos;
- 2- Falar com o serviço social para discutir o caso sem identificar a vítima, investigar como outros casos semelhantes foram tratados e quais os protocolos para essa situação;
- 3- Buscar entre as mulheres do Campo lideranças que possam orientar, apoiar e ajudar numa mudança cultural;
- 4- Buscar entre os familiares/amigas/conhecidas quem possam orientar e apoiar.
- 5- Buscar conversar com outras vítimas;
- 6- Saber se as autoridades sabem sobre a violência e quais são os protocolos de atendimento;
- 7- Dar visibilidade aos resultados de pesquisa para uma mudança cultural, com intervenções em espaços assistenciais;
- 8- Buscar com as autoridades soluções de segurança para as mulheres.

Provas

- (X) legalidade
- (X) publicidade
- (X) temporalidade

Reflexões Finais

A parca proteção do país acolhedor, associado a pouca autonomia do ACNUR, torna o estigma de algumas culturas, um fator que gera muitos problemas às mulheres e meninas que vivem em comunidades dentro dos campos de refúgio.

O caso trazido para a deliberação vem dessa realidade. Os pontos levantados ao analisar o problema da pesquisadora, torna-se um dilema ético, pois a questão em si não se trata em ajudar ou não, a jovem fazer o aborto, mas sim a responsabilidade em se envolver em uma situação em que a estrutura social e as

condições legais enquanto cidadãs estão comprometidas por questões morais conservadoras, que neste sentido pode agudizar o problema, além de ser um assunto diplomático, já que envolve uma jovem refugiada e a pesquisadora que está atuando dentro do campo de refúgio e ambas estão fora de seus respectivos países.

A deliberação feita está em torno de um problema trazido por uma mulher, entretanto, são problemas frequentes que atingem diretamente as mulheres que têm vivência dentro dos campos, visto a falta de apoio legal e social para que se consiga maior autonomia dentro dos campos e do país receptor.

São aspectos que pesam muito devido as questões diplomáticas e o estigma que elas carregam, situação que não é de fácil solução, pois é possível perceber que o aborto talvez não fosse o maior dos problemas dessa jovem, mas sim a questão de que ela e outras mulheres sempre correrão os mesmos riscos, já que as autoridades que são responsáveis pela segurança de refugiados não se empenham em resolver os problemas, restringem-se às ações isoladas e pontuais.

Ao se buscar ações intermediárias que venha ajudar a situação da jovem de forma mais reservada, é necessário a colaboração de trabalhadores interprofissionais e apoio comunitário.

São propostas difíceis de serem concretizadas, porém, deve-se ter a responsabilidade em buscar soluções mesmo que pontuais, como o caso dessa jovem, entretanto, os resultados podem servir de parâmetro para casos semelhantes de forma a proteger mulheres que vivem em campos de refúgio, presas a problemas socioculturais de estruturais misóginas, sem expectativa de onde buscar seus direitos.

A deliberação proporcionou pensar o caso numa ótica interprofissional em que os participantes trouxeram conhecimentos, experiências, vivências e valores diferenciados para uma construção conjunta que tenta preservar os valores em conflito. Sem sombra de dúvida muitos casos que são trazidos estão repletos de angústia e frustração profissional e não foi diferente com esse caso, em que está em risco a vida e a nítida violação dos direitos humanos.

O método em deliberar se torna um processo de enfretamento desses sentimentos através da discussão conjunta, mas sem sombra de dúvida, a atuação profissional exige um exercício individual na construção de parcerias, corresponsabilização, relações horizontais e competência cultural, sem as quais nem a prática profissional nem a deliberação são possíveis.

Por fim, o caso proposto, embora não totalmente fidedigno, tem enorme relevância visto a situação de violência às mulheres refugiadas, seus direitos, e a necessidade de visibilidade.

Parto Natural de Alto Risco¹³

*Juliana Praxedes Campagnoni
Vanessa Maria Vieira*

Apresentação do caso

Carolina é uma paciente natural de Saragoza, 38 anos, 36 semanas de gravidez, que vem pela primeira vez à nossa consulta fazendo uso do direito de livre escolha do centro de saúde existente na Comunidade de Madrid. No início da entrevista clínica, refere que vem a este hospital porque quer tentar o parto normal e que o hospital de referência lhe negou essa possibilidade.

História familiar e pessoal sem relevância clínica. Como história obstétrica, refere-se a uma gravidez em 2013, com cesárea a termo por apresentação pélvica, sem complicações, com nascimento de uma menina pesando 3.2 Kg, e outra gravidez em 2015 de curso normal e cesárea intraparto na semana 40 +1, pelo risco de perda do bem-estar fetal, com nascimento de um menino com peso de 3.5 Kg, sem complicações adicionais. Em ambos os casos, refere-se à amamentação por 13 e 15 meses, respectivamente.

Esta é a sua terceira gravidez, concebida espontaneamente, planejada, com seguimento normal em Saragoça. Fornece a última análise do terceiro trimestre, realizada na 34ª semana, e uma ultrassonografia na 35ª semana de feto feminino, com biometria de acordo com a idade gestacional e percentual de peso adequado, com placenta posterior no fundo uterino e líquido normal.

Ao longo da gestação, a paciente manifestou o desejo de tentar o parto vaginal nesta gestação, mas desde o início foi informada que nos casos de mulheres com duas cesáreas anteriores, o protocolo do centro é realizar um parto eletivo de cesárea na semana 38. Na última visita ao obstetra em Saragoça, voltou a manifestar a sua vontade de parto normal, comunicando novamente o protocolo do centro hospitalar e avisando-a que em caso de parto nesse hospital, ela iria prosseguir para realizar uma cesariana. Diante dessa situação, a paciente decide mudar de comunidade autônoma e, por meio de um parente residente em Madrid, solicita uma consulta em nosso centro.

Após fazer a anamnese e a história obstétrica atual na primeira consulta, uma ultrassonografia, com autorização prévia da paciente, mostrou um feto em apresentação cefálica, com biometria de acordo com a idade gestacional e um peso estimado de 2.8 Kg, uma placenta posterior e líquido normal. É explicado à paciente que em nosso hospital também recomendamos uma cesariana eletiva a partir da semana 39 em mulheres com duas cesáreas anteriores, pelo risco de complicações associadas ao trabalho de parto, sendo o principal risco deiscência da cicatriz anterior e ruptura uterina. A paciente diz que conhece os riscos, mas

¹³ Caso retirado de: LOPEZ, S.M. Parto natural de alto riesgo. EIDON, n. 50, p. 95-98, 2018.

expressa o desejo de tentar o parto vaginal apesar deles, e comparece sozinha a essa primeira consulta. Os seus filhos estão em Saragoça com o seu companheiro a quem a paciente refere concordar com ela. Aqui ele mora com um parente, esperando nossa resposta. Antes de vir ao nosso hospital, fez uma consulta sobre a possibilidade de parto normal em outro hospital de Bilbao, com resposta negativa do centro. Ela está convicta do que quer e procura experimentar a todo custo, afirmando que se não encontrar o centro que o permitir, o fará fora deles.

Esclarecimentos dos fatos

- História do número de cesáreas? Cesárea-1 porque o feto estava em apresentação pélvica e Cesárea-2 intraparto pelo risco de perda do bem-estar fetal.
- O Pré-natal foi adequado? Sim.
- Tem outra indicação para o procedimento, além do número de cesárea? Não.
- A paciente foi informada sobre riscos? Sim.
- Qual o percentual de chance de ocorrer a deiscência? Aproximadamente 1 caso em cada 100.
- Tem algum problema de saúde? História familiar e pessoal sem relevância clínica.
- Quando foi realizada a última cesárea? Em 2015.
- A equipe tem conhecimento dos valores e crenças da gestante? Não é informado.
- A recomendação de cesáreas é conforme protocolo do OMS? Não. É rotina da instituição hospitalar.
- Qual sua etnia? Natural de Saragoça.
- Fora dessa instituição a gestante receberia o acompanhamento de profissionais de saúde? Não é informado. Presume-se que faria em domicílio.
- Qual é o risco para o bebê? Lesão de hipóxia grave e morte intraparto.
- Os familiares estão cientes do seu desejo? Sim, conforme relato da paciente o marido concorda com a decisão.
- Ela tem capacidade de reconhecer os riscos da sua decisão? Sim, ela afirma reconhecer todos os riscos.
- Procurou outras instituições para fazer o parto natural? Sim, procurou mais 02 instituições além dessa.
- A instituição é pública? Não é informado. Porém, sabe-se que o sistema de saúde da Espanha é parecido com o do Brasil.
- A paciente corre o risco de vida? Caso haja complicações no intraparto, sim.
- A deiscência pode ocorrer por quais circunstâncias? Este risco está presente em todas as parturientes após a primeira gestação, porém após 02 cesáreas, a taxa de partos vaginais é de 70% com aumento de 1,3 a 2%.

- Há condições para realizar um parto normal de forma segura? É o que estamos tentando pensar.
- Há um plano de parto para gestante? Não é informado.
- Há um acompanhamento de equipe especializada caso queira parto domiciliar? Não é informado.
- Qual o percentual de complicações para o bebê? Risco de 1/1000 de complicações graves para o recém-nascido.
- Há outro tipo de recomendação, de posicionamento a ser considerado nesse caso? É o que estamos tentando pensar.

Identificação dos problemas éticos

1. A que ponto a vontade da mãe pode colocar a vida do feto/bebê em risco?
2. O quanto deve-se valorização/respeito à autonomia da gestante?
3. O desejo de realizar um parto normal está acima da vida da mãe e do feto, quando estas correm risco?
4. Até que ponto o serviço de saúde pode decidir a forma de concepção da vida?
5. É correto uma equipe de profissionais de saúde realizar o parto domiciliar, mesmo sabendo que para o caso não é o tipo de parto indicado pelas autoridades de saúde daquele país?
6. Até onde os profissionais devem intervir na decisão, quando estão em jogo duas vidas?
7. Todas as gestações devem seguir os protocolos institucionais (não considerando o histórico de saúde das gestantes)?
8. Até que ponto o serviço de saúde deve aplicar o protocolo sem antes avaliar/conduzir o início do trabalho de parto?
9. Protocolos existem para promover/resguardar boas práticas que almejam a saúde das pessoas ou para facilitar o trabalho das equipes?
10. Os profissionais de saúde podem negar um trabalho de parto normal assistido a gestante por não seguir os protocolos institucionais?
11. O que significa para esta mãe a realização de um parto normal? E o quanto pesa para ela a decisão de não o realizar?
12. Até que ponto pode existir conflitos de interesse nesses protocolos? O interesse financeiro em realizar cesarianas estaria prevalecendo nas práticas hospitalares?
13. Os riscos são compreendidos/valorizados da mesma forma por todas as pessoas?
14. Boas práticas em saúde devem considerar as singularidades de cada paciente/família?
15. Qual decisão tem maior "peso", da família ou da equipe, considerando que os desfechos são probabilidades?

16. O negacionismo científico que incentiva comportamentos que ignoram os conhecimentos baseados em evidências científicas podem colocar vidas em risco?
17. Enquanto profissionais de saúde, estamos preparados para lidar com pacientes que demandam ações diferentes das preconizadas?
18. Profissionais de saúde estão preparados para contextualizar cada caso? Tem interesse?

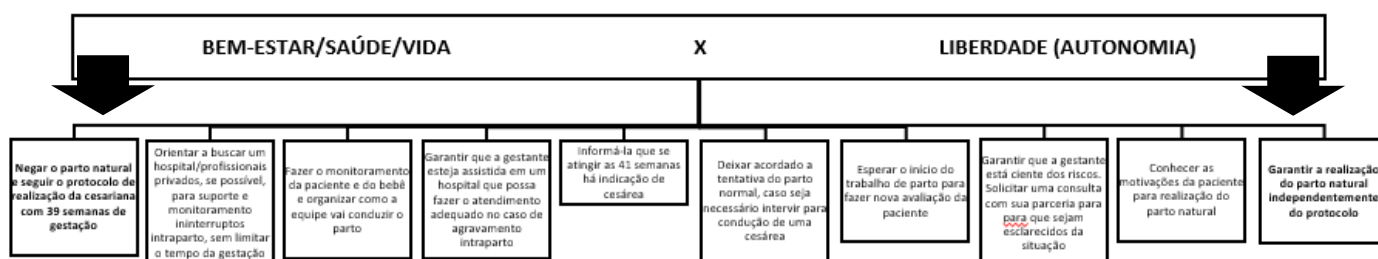
Identificação da questão a ser deliberada

Deve-se acompanhar essa paciente na vontade de tentar o parto normal, apesar dos riscos, e ir contra as recomendações do protocolo?

Identificação dos valores em conflito

Bem-estar/Saúde/Vida X Liberdade (autonomia)

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

1. Conhecer as motivações da paciente para realização do parto natural;
2. Garantir que a gestante está ciente dos riscos e solicitar uma consulta com sua parceria para que sejam esclarecidos da situação;
3. Fazer o monitoramento da paciente e do bebê e organizar como a equipe vai conduzir o parto;
4. Orientar a buscar um hospital/profissionais privados, se possível, para suporte e monitoramento ininterruptos intraparto, sem necessitar limitar o tempo da gestação;
5. Informá-la que se atingir as 41 semanas há indicação de cesárea;
6. Deixar acordado a tentativa do parto normal, caso seja necessário intervir para condução de uma cesárea;
7. Esperar o início do trabalho de parto para fazer nova avaliação da paciente.

Provas

(x) Legalidade

(x) Publicidade

(x) Temporalidade

Considerações finais

Com a realização de uma “nova” sessão deliberativa a partir de um caso verídico publicado em uma revista, percebemos que o curso ideal a ser seguido foi um pouco diferente: aqui os cursos intermediários foram mais detalhados em relação ao contexto social, já na publicação, as observações detalhadas foram em relação ao procedimento ambulatorial durante o trabalho de parto. Ao final da sessão foram observadas algumas reflexões pertinentes:

- A possibilidade da instituição de um comitê de bioética em todos os hospitais seria importante para facilitar a deliberação de casos excepcionais;

- As equipes médicas deveriam conhecer as crenças e valores de suas pacientes, que devem ser respeitados e levados em conta nas decisões, ainda que os fatos não estejam de acordo com as normas institucionais;

- O atendimento humanizado às gestantes estabelece a criação do vínculo e melhora qualidade das relações entre as equipes de saúde e a paciente;

Além disso, o relato de uma colega de turma mostrou que a atuação humanizada das equipes de saúde, pode mudar positivamente a condução da assistência, caso contrário, pode causar danos físicos e/ou psicológicos.

Por fim, concluímos que o método da deliberação ética é um instrumento muito interessante na resolução de conflitos morais, pois nos faz refletir sobre outros conflitos morais que podem existir no caso, nos faz enxergar e denominar os valores implicados nos problemas, nos faz visualizar caminhos intermediários a serem seguidos para salvar e respeitar todos/maioria dos valores presentes, nos faz dialogar com diferentes perspectivas e, assim, além de estar contribuindo em uma deliberação prudente, também está contribuindo para a evolução moral e educativa dos próprios participantes do processo deliberativo.

Maus tratos infantil¹⁴

*Scheila da Rocha Alexandrino Priess
Patrícia Pereira de Souza da Rosa*

Apresentação do caso

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Estes centros fornecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional, que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas. Por se tratar de instituições brasileiras, visa a substituição dos hospitais psiquiátricos e de seus métodos de tratamentos.

O CAPS I de Araranguá (SC) atende aproximadamente 950 pacientes com inúmeras propostas de tratamento conforme plano terapêutico do paciente. Araranguá dispõe de apenas um CAPS, por isso atende crianças, adolescentes e adultos com os mais variáveis transtornos mentais. A equipe é composta por dois médicos psiquiatras, um médico clínico geral, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, uma auxiliar administrativa, uma artesã e dois trabalhadores de serviços gerais para alimentação e cuidados de higiene.

O acolhimento aos pacientes que procuram o serviço pode ser realizado por qualquer profissional que estiver disponível no momento. Geralmente ocorre após encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde, mas também acolhemos egressos de internação psiquiátrica, oriundos de outros CAPS, assim como demanda livre e espontânea.

A criança S.Y., 8 anos, comparece ao CAPS de Araranguá, acompanhada pela mãe, por demanda espontânea, para avaliação inicial, com diagnóstico prévio de Síndrome de Turner e Deficiência Intelectual com alteração comportamental. Inicialmente, é acolhida pela psicóloga do programa para levantamento das queixas atuais e contextualização.

A Síndrome de Turner é causada por um distúrbio cromossômico em que uma mulher nasce com apenas um cromossomo X (um cromossomo sexual ausente ou incompleto). Os sintomas incluem baixa estatura, puberdade tardia, infertilidade, malformações cardíacas e certas dificuldades de aprendizagem. Não há cura para doença, mas existe tratamento. A reposição hormonal é a principal forma de controlar os sinais e sintomas desta síndrome.

A mãe discursa sobre sua queixa principal, referente aos sintomas que sua filha tem apresentado: irritabilidade, agressividade, inquietação e insônia. Já estava em tratamento com psicofármacos, embora

¹⁴ Caso real.

sem resolutividade. Durante o acolhimento a criança gritava muito, apresentava estereotípias e queixava-se de dor: “dor, tia”.

A criança reside somente com a mãe e uma irmã de 21 anos, que também já realizou tratamento psiquiátrico em função de risco de suicídio e que, atualmente, encontra-se em união estável.

Além das queixas, a mãe conta que S.Y., ao nascer, apresentou supostamente dois derrames, porém esses derrames são relatos da mãe e não constam em nenhum prontuário da paciente. S.Y. foi acompanhada por inúmeros neurologistas, mas sem mudanças do quadro. Sempre foi “preparada” pelos profissionais que o prognóstico da síndrome é ruim e a sobrevida não costuma ultrapassar a pré-adolescência.

S.Y. conhece seu pai, mas não mantém um vínculo com ele. O pai assumiu a paternidade, paga pensão, mas em função de conflitos com a mãe decidiu ter o mínimo de relação possível com a criança.

Após contato com a APAE, tomamos conhecimento que mãe não aderiu aos tratamentos propostos e se tornava agressiva quando contrariada, motivo da quebra do vínculo com a instituição. Em vários momentos disponibilizaram consultas com a equipe, mas a mãe não conduzia a criança para as avaliações, não comparecendo.

Durante todo o acolhimento com a equipe do CAPS, a criança se queixa com dor de cabeça e apresenta comportamento de autoflagelo. Possibilitamos consulta com o psiquiatra no mesmo dia do acolhimento, que também orientou que a criança fosse conduzida ao serviço de emergência em função do quadro de dor, pois se tratava de algo clínico. Após, em contato com a emergência, ficamos sabendo que a mãe evadiu com a criança, sem avaliação. Ainda fomos informados que houve outros momentos em que a mãe procurou a unidade de atendimento e apresentou o mesmo comportamento, e por vezes, agrediu fisicamente profissionais, além de falar coisas sem sentido, possivelmente um discurso delirante de cunho persecutório. Propomos tratamento para a mãe, que com autocrítica prejudicada não viu necessidade.

Buscamos órgãos competentes para apoio, como por exemplo, Conselho Tutelar e Assistência Social (CREAS). Era visível o sofrimento da criança, com queixas constantes quanto à dor. A criança, mesmo com consultas regulares, não apresentava melhora, tanto na saúde mental, quanto física. Seu comportamento se mantinha irritadiço, insone, autoagressivo e hetero agressivo, principalmente na relação com a mãe. A dor persistia, pois mãe não administrava o tratamento correto.

Realizamos visitas domiciliares semanais e era fato que a mãe não medicava a criança da forma correta. Em uma das visitas, a mãe mencionou ter administrado nove comprimidos de clonazepam e mencionado que desejava a morte da criança. Referia sobrecarga e que o pai deveria ser responsabilizado.

Em junho de 2020, S.Y. entrou em agitação psicomotora e comprometimentos clínicos importantes. Foi internada no Hospital Materno infantil Jessor, em Joinville (SC). Este hospital é referência em internação

psiquiátrica pelo SUS de crianças e adolescentes. A mãe não pode ficar junto durante a internação, pois perceberam que ela interferia negativamente no tratamento da criança.

Com alta hospitalar, a criança estabilizada retorna para casa. O Ministério Público foi acionado, e a mãe foi obrigada judicialmente a realizar tratamento no CAPS I. Com autocrítica pobre, a mãe foi avaliada novamente pela psicóloga, enfermeira e pelo psiquiatra, mas sem comprometimento com seu tratamento.

A criança entra em sofrimento psíquico novamente e volta ao CAPS, acompanhada pela mãe no início de 2021, pedindo para ser internada. Novamente a criança é internada no Hospital Materno infantil Jessor, em Joinville (SC). Permanece por 15 dias, estabiliza e tem alta do hospital.

Atualmente S.Y. está ainda em uso irregular da medicação. A mãe permanece com quadro psicótico e poliqueixosa com a sobrecarga do cuidado com a criança. As visitas ainda ocorrem semanalmente, de forma alternada entre os órgãos Conselho Tutelar, CREAS, CAPS e Ministério Público.

A equipe do CAPS se sente chamada a agir, mas tem dúvidas sobre o que fazer: se mantém a criança com a mãe, mesmo sabendo que ela provavelmente não receberá o tratamento diário e ainda corre algum risco de morte, ou retirar essa criança do convívio com a mãe, buscando garantir seu tratamento e sua vida.

Esclarecimentos dos fatos

- O que se sabe sobre o pai da criança? Foi um caso que a mãe teve, mas não tiveram um relacionamento oficial, como um namoro. Ele não mantém contato com a mãe da criança, pois sempre foi agredido por ela, inclusive possui medida protetiva contra a mãe. Apenas paga pensão.
- Existe algum outro familiar? Há uma irmã, casada, que mora junto, porém o marido está preso. Os avós foram investigados. A avó paterna é acamada e cuidada pelo pai da criança. Os avós maternos são divorciados, sendo que o avô materno é ausente e a avó materna também dá indícios de possuir transtorno mental.
- A menina possui outro benefício financeiro? Sim, recebe BPC (Benefício de Prestação Continuada).
- A mãe possui doença psiquiátrica? É difícil o fechamento de diagnóstico, pois a mãe ameaça a equipe do CAPS, inclusive fisicamente. Tem possível transtorno bipolar ou transtorno delirante.
- Alguém da equipe já conseguiu formar vínculo com a mãe para ofertar tratamento? Sim, a psicóloga, mas já com quebra de vínculo. Após, com o técnico em enfermagem, mas também com possível quebra de vínculo. Está em consulta com a psiquiatra, mas aceita usar apenas clonazepam.
- O problema é apenas em relação à filha? Sim. Espera/quer a morte da filha.
- Em algum momento já foi ofertada oportunidade de institucionalização protetiva à criança? Não foi abordado. Não temos este tipo de recurso no município.

- Que idade tem a mãe, qual grau de escolaridade e se trabalha fora? A mãe tem 46 anos, possui ensino médio completo e não trabalha fora, pois a criança recebe auxílio financeiro e a mãe precisa cuidar dela.
- Na atenção básica o relacionamento com este caso é igual ou melhor? É limítrofe. A mãe apresenta conflitos com a equipe também.
- A criança se comunica verbalmente? Fala sobre a mãe? Se comunica. Fala frases soltas, palavras isoladas. Percebe-se a dor em sua comunicação e sua forma de agir.
- O Ministério Público sabe da administração da superdosagem medicamentosa? Sim, mas temos pouco respaldo do Ministério Público.
- Existe relato de violência física contra a criança? Não, mas a mãe apresenta marcas de agressões físicas, possivelmente é agredida pela menina quando esta sente dor.
- Quais os outros órgãos envolvidos no caso? CREAS, CRAS e Conselho Tutelar.
- Quem pede a internação é a criança, e não a mãe? Sim.
- Ela possui porte de armas? Não possui. No CAPS nunca a vimos com a arma, foi relatado pela APAE.
- Ela tem laudo médico psiquiátrico de transtorno mental? É difícil o fechamento de diagnóstico, pois a mãe ameaça a equipe do CAPS, inclusive fisicamente. Tem possível transtorno bipolar ou transtorno delirante.
- Com relação aos órgãos que foram acionados, qual a justificativa desses órgãos sobre o caso? Parecem estar passando responsabilidades. Solicitam avaliações, mas sem decisões finais, arrastando o caso.
- Qual o diagnóstico da equipe? Que há negligência e a criança precisa de proteção, mas precisamos de suporte dos demais órgãos.
- Existe ação conjunta com demais órgãos para este caso? Sim, temos reuniões sobre casos específicos, mas cada órgão acaba atuando de forma isolada. É o que percebemos.
- A equipe já pensou sobre a internação involuntária da mãe? Estamos rastreando os familiares para verificar este assunto. Descobrimos uma irmã, mas de difícil contato. Para a internação, algum familiar precisa assinar e autorizar.
- O pai pode ser envolvido? Seria uma relação obrigatória, pois o pai não quer.
- Já perguntaram para ela se ela gostaria que a filha fosse morar com o pai? Sim, mas ela não responde e foge do assunto quando questionada.
- A renda familiar vem da pensão da criança? Sim.
- Ainda que o pai não assuma a responsabilidade, o Ministério Público pode intervir e fazê-lo assumir? Estamos aguardando decisão do Ministério Público, que está atrasada devido à pandemia. Este órgão é

alimentado semanalmente com informações sobre o caso, tanto pelo CAPS, quanto pelos demais órgãos envolvidos.

- Porque o CEPRED não está no caso? Não temos este órgão em Araranguá.
- Durante as visitas domiciliares, perceberam algo diferente na casa? O técnico em enfermagem tem bastante vínculo com a mãe. Pode verificar excesso de medicação, caixas fechadas que nunca foram administradas.
- É fácil administrar medicação para a criança? Sim.
- Há como a enfermagem fazer visitas frequentes? Já fazemos visitas semanais, porém não seria possível outra periodicidade devido à demanda do CAPS, que atende 950 pacientes.
- A socialização da criança é só na APAE? Sim, mas houve quebra de vínculo, e a criança também não vai à escola.
- Há suspeita de uso de drogas pela mãe? Não.
- A equipe da Unidade Básica de Saúde tem como fazer visitas mais frequentes? Sim, propomos isso à equipe.

Identificação dos problemas éticos

1. Responsabilizamos menos os pais do que as mães pelos cuidados com filhos?
2. Como prestar cuidado à criança se a mãe também necessita de cuidado?
3. O pai pode se eximir da responsabilidade afetiva apenas com uma contribuição financeira?
4. A rede pública de saúde mental está preparada para fornecer o tratamento em casos complexos como este?
5. Como instrumentalizar tecnicamente o Ministério Público para a condução de um caso em que há violações de direitos por parte da família e dos serviços públicos para uma criança com deficiência?
6. Como órgãos de saúde e justiça podem atuar na manutenção dos valores vida e saúde da criança e da mãe?
7. A inexistência de internação psiquiátrica em casos como este poderia ser considerada uma falha da reforma psiquiátrica?
8. Como produzir cuidado para uma mãe com sofrimento psíquico grave, ausência de rede de suporte, sobrecarga como cuidadora e reatividade?
9. Como envolver a mãe, visto que ela também necessita de apoio/suporte psíquico?
10. O não posicionamento efetivo também não é negligência?
11. A demora do Estado (Ministério Público) corrobora o sofrimento mental e físico da criança?

12. O caso que causa dor e sofrimento a uma criança pode aguardar uma resolução por parte do Ministério Público?
13. A intersetorialidade da rede pode ser justificativa para um atendimento deficitário e ineficiente?
14. Como pensar em acolhimento institucional protetivo em equipamento específico para isso - residência inclusiva, se a mãe depende da renda da filha deficiente?
15. De que forma a equipe pode acessar outras redes necessárias para este caso que não estão disponíveis nesta cidade?
16. Qual a autonomia da criança para saber o que é melhor para si?
17. Como manter a ética do cuidado psicossocial com a fragilização dos vínculos entre família e serviço?
18. De quem é o dever de cuidar desta criança, visto que ela está sendo negligenciada pelos pais?
19. Como ofertar cuidado na perspectiva psicossocial para infância e juventude num CAPS I?
20. Como os profissionais de saúde da rede podem contribuir de outras formas para construção do vínculo afetivo com o pai e familiares paternos?
21. O fator de limitação de recursos (humano, por exemplo) influencia negativamente o manejo de caso complexo como esse? Seria conduzido ou até teria um desfecho diferente caso existisse mais recursos (humanos, serviços etc.)?
22. Como o estigma da psiquiatria prejudica o trabalho da rede quanto ao cuidado?
23. Como elaborar um projeto terapêutico intersetorial sem o estigma psiquiátrico, inclusive da periculosidade?

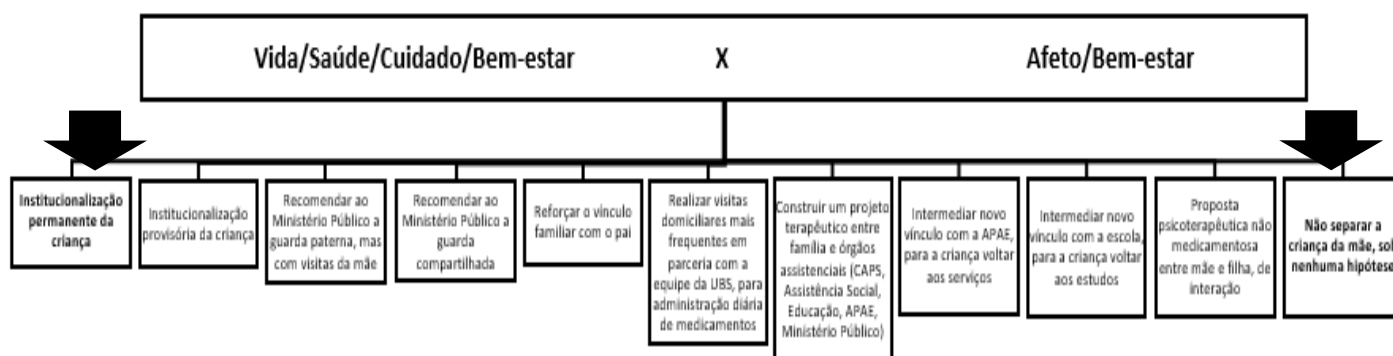
Identificação da questão a ser deliberada

Podemos manter o contato entre mãe e filha, mesmo que haja risco de vida para a criança?

Identificação dos valores em conflito

Vida/Saúde/Cuidado/Bem-estar X Afeto/Bem-estar

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

1. Construir um projeto terapêutico entre família e órgãos assistenciais (CAPS, Assistência Social, Educação, APAE, MP); elaborar uma proposta psicoterapêutica não medicamentosa entre mãe e filha, de interação; intermediar novo vínculo com a escola, para a criança voltar aos estudos; intermediar novo vínculo com a APAE, para a criança voltar aos serviços; realizar visitas domiciliares mais frequentes em parceria com a equipe da UBS, para administração diária de medicamentos; e reforçar o vínculo familiar com o pai;
2. Fazer a recomendação ao MP para a guarda compartilhada ou alternativamente, porém menos desejável, somente a guarda paterna;
3. Institucionalização provisória da criança.

Provas

- (x)Legalidade
- (x)Publicidade
- (x)Temporalidade

Considerações finais

Após a sessão de deliberação ética, podemos observar a imensidão de estratégias possíveis para determinado fim: neste caso em específico, a proteção da vida de uma criança com doença mental. Por se tratar de um caso real, o processo tornou-se primordial para traçar o caminho a seguir para a tomada de decisão, pois aprendemos na disciplina de Bioética da Responsabilidade que problemas éticos vivenciados diariamente pelas equipes de saúde, geralmente são casos de extrema complexidade, que envolvem valores,

vidas humanas e decisões que podem ter profundo impacto nestas vidas. Por isso tamanha é a responsabilidade dos profissionais na tomada de decisão e no método para se chegar a ela.

A sessão deliberativa proporcionou a organização sistemática dos fatos, identificação dos problemas éticos e dos valores em conflito envolvidos, assim como apresentação da questão a ser deliberada, definição das ações extremas e intermediárias, bem como o curso ótimo de ação. Com este método, foi possível definir estratégias para tomada de decisão responsável. O processo de deliberação deste caso será compartilhado com a equipe técnica de profissionais do CAPS de Araranguá (SC) para reavaliação do caso em questão, pois, com estes novos caminhos traçados para o problema, acreditamos que sua resolução esteja mais próxima. O método deliberativo aprendido na disciplina também será socializado com a equipe multidisciplinar do CAPS como sugestão de ferramenta a ser utilizada pela instituição.

Adolescente adotiva em situação de rua¹⁵

*Janaína Carneiro de Camargo
Maiara Suelen Mazera*

Apresentação do caso

Às 21h do dia 18 de março de 2021, em meio a pandemia de COVID-19, o Projeto de Resgate e Amparo Social (programa da prefeitura por meio da Secretaria da Assistência Social em parceria com uma ONG) recebe um chamado do instituto que fornece local de permanência a pessoas em situação de rua, afirmando que uma adolescente estava pernoitando na permanência, pois está tendo relacionamento amoroso com um dos moradores.

O projeto é constituído por quatro equipes compostas por enfermeiro, assistente social e psicólogo. Nesse dia o psicólogo estava ausente. O projeto, mesmo com a equipe reduzida, deslocou-se à permanência para conhecer e conversar com a adolescente. Ao chegar, os profissionais abordaram a adolescente que se apresentou como Ana Carolina, 15 anos de idade. Ao perguntar sobre o motivo de estar no local, tendo em vista que é um lugar violento e há uso indiscriminado de drogas, ela responde que está se relacionando com o Mosca, 28 anos, morador da permanência.

Os profissionais do projeto solicitaram deslocamento até uma sala mais reservada para conversar com Ana Carolina, e nesse momento Mosca ameaçou a equipe, pois não queria que ela saísse do local. Dessa forma, os profissionais conversaram no local, mesmo com bastante barulho. Ana Carolina fala que é uma adolescente negra, filha adotiva de Fernando e Jussara, casal jovem 35 e 33 anos respectivamente, classe média alta, e que tem sua tutela há 3 anos. Ana Carolina refere que não consegue se sentir parte da família, e para se sentir melhor e ter seu próprio dinheiro, vende doces no semáforo. Diz que conheceu o Mosca na rua, encantou-se por ele e foi conhecer o lugar onde ele permanece. Não tinha noção da violência que ocorre no local, mas não quer ir embora pois se sente bem e fez amizades. A equipe solicitou o endereço de Ana Carolina que o informou. Mosca não a deixou ir embora, e ameaçou se vingar caso a equipe a levasse (sem especificar de que forma).

Os profissionais se deslocaram até a residência dos pais de Ana Carolina e lhes contaram onde ela estava. Não demonstraram espanto ao saber, afirmando que não é a primeira vez que ela “sumia” de casa. Os pais da adolescente moram em um bairro nobre da cidade, afirmam que “dão do bom e do melhor” para ela, mas que mesmo assim ela não segue as normas da casa. Falaram que dentro de casa tem uma

¹⁵ Caso real, nomes fictícios.

biblioteca, piano, piscina no condomínio, mas Ana Carolina quer mesmo é vender doces nas ruas, e eles não sabem o que fazer – palavra dos pais.

Após a conversa com os pais, a equipe retorna para a matriz do projeto e se senta para conversar sobre o caso. A equipe se sente angustiada, preocupada e considera tomar alguma atitude frente a situação.

Esclarecimentos dos fatos

- A permanência é um local de abrigo oferecido pela prefeitura? Sim.
- Há quanto tempo ela foi adotada? 3 anos.
- A adolescente faz uso de drogas? Não tem histórico de uso de drogas nem problemas psicológicos? Não.
- Demonstrou dificuldade de relacionamento com pais adotantes? Sim, ela diz não se sentir parte desta família.
- Os pais possuem outros filhos além dela? Não, ela é filha única.
- Ela está matriculada na escola? Está, mas falta bastante.
- Ela tem amigos(as)? Tem amigos apenas na permanência/abrigo. Fora de lá não possui.
- Como são as regras do abrigo quanto a relacionamentos e abrigo de menores? Não tem espaço individualizados para meninos e meninas, o local não possui regras.
- É um processo de adoção finalizado? Sim, já possuem guarda definitiva.
- Será que eram parentes próximo? Não eram.
- O tribunal de adoção/assistência social faz acompanhamento após a adoção? Não sabemos neste caso.
- A menor faz alguma demanda, reclama para a equipe/projeto? Ela não, mas outros responsáveis que observaram o caso e solicitaram ajuda.
- Você sentiu que de alguma forma ele a intimidava para falar? Ele não queria que ela saísse de perto.
- Nesses casos de intimidação, se envolve a polícia? Neste caso a intenção era fazer uma abordagem sem intervenção policial.
- Vocês perceberam se ela sofre algum tipo de agressão por parte do namorado? Visivelmente não foi observado.
- Quais os profissionais que estavam atendendo este caso? Neste dia, enfermeira e profissional do Serviço Social.
- Qual a frequência dela nesta permanência? Ela passava o dia todo lá, voltava para casa e no outro dia voltava para lá. Alguns dias não ia para a escola e ia para a passarela.

- Você sentiu que os pais tinham vontade de fazer esse resgate/acolhimento? Não, eles pareceram bastante desanimados com essa situação.
- Ela conhece a mãe biológica? Não se sabe.
- Onde ela vivia antes da adoção? Em um lar de menores.
- Esse caso foi discutido no projeto? Não foi dada sequência ao caso.

Identificação dos problemas éticos

1. Os pais podem se eximir da responsabilidade sobre a adolescente?
2. Até onde vai o comprometimento dos pais adotivos em resgatar a filha adotiva?
3. Qual o tamanho responsabilidade dos pais adotivos com a criação de toda a vida de uma criança?
4. Deveria ser cobrado, judicialmente, mais envolvimento dos pais com a menina?
5. Até onde vai a autonomia da adolescente em relação a essa situação considerando que é menor de idade?
6. A adolescente está implicada com suas decisões?
7. Até onde o aparelhamento do Estado pode interferir na escolha da adolescente?
8. Os profissionais da saúde podem decidir o que é melhor ou pior para ela neste caso?
9. O sentimento de (não) pertencimento influencia na construção identitária que fazemos de nós mesmos?
10. Estamos preparados para aceitar diferentes formas de viver em sociedade?
11. Qual a responsabilidade da prefeitura por oferecer um serviço de abrigo às pessoas em situação de rua e deixar adolescentes em contato com adultos, podendo serem vítimas de violências?
12. Pode algum sentimento ser mais importante que o de aceitação quando se foi abandonada na vida?
13. Qual o alcance das intervenções quando não há uma continuidade do cuidado, construção de vínculo e intersetorialidade?
14. Como o Estado pode garantir a proteção de uma adolescente nesses casos?
15. É papel do abrigo a função de reabilitação social de seus usuários?
16. A atitude agressiva do companheiro pode ser aceita mesmo que a menor não veja problema nisso?
17. Como proteger uma pessoa que não solicita proteção?

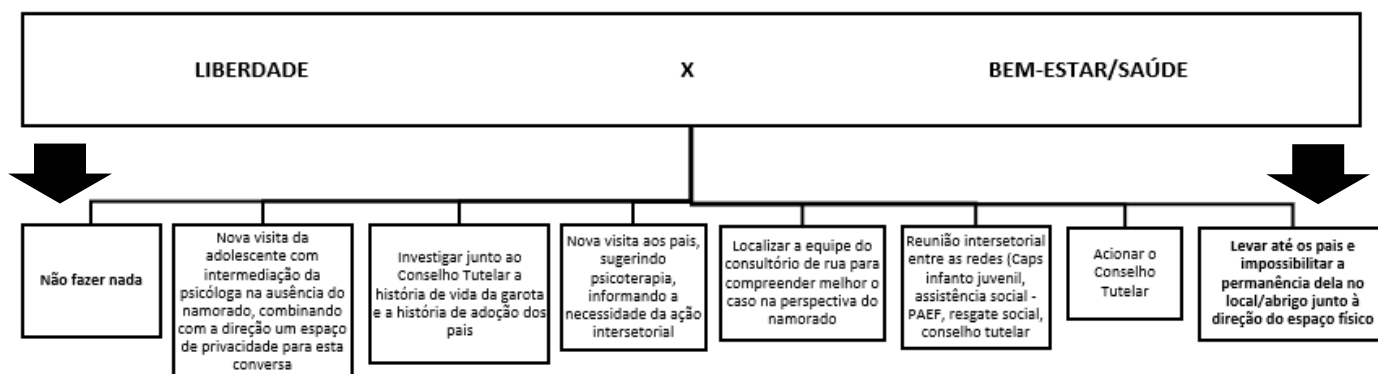
Identificação da questão a ser deliberada

Deve a equipe tomar alguma providência em nível institucional para retirar a adolescente desse lugar insalubre ou deve-se preservar a liberdade de escolha dela?

Identificação dos valores em conflito

Liberdade X Bem-estar/Saúde

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

1. Localizar a equipe do consultório de rua para compreender melhor o caso na perspectiva do namorado; Nova visita da adolescente com a intermediação da psicóloga na ausência do namorado, combinando com a direção um espaço de privacidade para esta conversa; Nova visita aos pais, sugerindo psicoterapia e informando a necessidade da ação intersetorial; investigar junto ao Conselho Tutelar a história de vida da garota e a história de adoção dos pais;

2. Reunião intersetorial entre as redes (Caps infante juvenil, assistência social - PAEF, resgate social e conselho tutelar);

3. Acionar o Conselho Tutelar.

Provas

(x) Legalidade

(x) Publicidade

(x) Temporalidade

Considerações finais

Concluimos que o método da deliberação ética é um instrumento necessário e interessante na resolução de problemas morais, pois nos faz refletir, enxergar e denominar os valores implicados nos problemas, faz-nos visualizar caminhos intermediários para salvar e respeitar todos, ou a maioria dos valores presentes, faz-nos dialogar com diferentes perspectivas e, assim, além de estar contribuindo em uma deliberação prudente, também está contribuindo para a evolução moral e educativa dos próprios participantes.

Saúde mental e as lacunas da reforma psiquiátrica¹⁶

Jaqueline Marcos dos Santos

Simone Conradi

Apresentação do caso

Segundo a OMS a saúde mental pode ser entendida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do stress rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.

A atenção à saúde mental no SUS é oferecida através da Rede de Atenção Psicossocial que prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais, estes espaços atendem pessoas com transtornos mentais, usuários de álcool, crack e outras drogas.

A Reforma Psiquiátrica, que iniciou em 2001, tem como principal mudança o modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. E vêm substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas.

Os CAPS são serviços de caráter aberto e comunitário constituído por uma equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar, são divididos em 6 tipos de modalidades, conforme o total de habitantes do local, e conforme o tipo de população atendida, quando em cidades com mais de 150 mil habitantes tem uma modalidade que permite internação noturna e observação, mas no geral são serviços de atendimento no mesmo horário do Centro de Saúde.

Apresentação do caso clínico: homem, afrodescendente, 58 anos, usuário do CAPS há muitos anos, possui CID 10 (Esquizofrenia) e faz uso de medicações psiquiátricas. Apresenta quadro clínico de hipertensão sem complicações, asma, diabetes não insulino-dependente, cálculo renal, hérnia abdominal e abuso de tabaco e álcool.

Anos atrás, uma das filhas, gestante, faleceu ao realizar o parto. Usuário apresenta episódios de choro ao relatar tristeza por sua perda. Possui dificuldade fonatória devido uso da medicação e/ou estrutura bucal e reflexos lentificados. Quando as crises estão estabilizadas o paciente é calmo e bem-humorado.

Vive com sua família: irmão, irmã, sobrinho e sobrinha. Possui filhas e outros irmãos como rede de apoio, mas os que se responsabilizam pelo seu tratamento são na maioria das vezes, os que moram com o usuário. Alguns de seus familiares também apresentam transtornos psiquiátricos e alcoolismo, o que agrava mais a situação por existirem conflitos recorrentes dentro de casa. A família sempre esteve disponível no

¹⁶ Caso real.

acompanhamento do tratamento, mesmo que caracterize uma família sem muitas estruturas para lidar com a doença do paciente, ainda assim, sempre esteve presente em consultas e reuniões de família quando solicitada pela equipe multiprofissional.

Durante anos em acompanhamento no CAPS já apresentou diversas crises, sendo que no último ano elas foram mais frequentes, com breve tempo de estabilização, praticamente emendando uma crise na outra, com internações recorrentes em hospital psiquiátrico. Em suas crises apresenta comportamento agressivo, permanece sem medicação e faz uso de bebidas alcoólicas, ameaçando familiares e comunidade onde vive (heteroagressão). Em uma de suas crises anos atrás o usuário foi preso. Em conflito com outro detento, um colchão foi incendiado dentro da cela, o que ocasionou queimaduras graves em parte do corpo do usuário.

O usuário possui excelente vínculo com a equipe de profissionais do CAPS, no entanto, ela não está tendo sucesso com o manejo das crises após tentar diversas estratégias terapêuticas, acarretando sofrimento e desgaste ao usuário e familiares. Em reunião, parte da equipe sugere a institucionalização do usuário em um residencial para idosos. Como o usuário possuía certa autonomia em suas atividades de vida diária em períodos em que sua doença estava estabilizada, com capacidade mental para tal, os demais profissionais da equipe não concordam com esta indicação, levando também em consideração a vontade do usuário que é de não ser institucionalizado. Quando informada a possibilidade de institucionalização, os familiares não souberam opinar se concordavam ou não, mas estavam dispostos a aceitar a indicação que fosse melhor para seu familiar. A família se sente cansada e sem mais recursos para lidar com as frequentes crises.

A equipe precisa decidir entre, propor à família institucionalizar o usuário em residencial para idosos para que garantir maior segurança e eficácia das terapêuticas medicamentosas, embora tal decisão faça com que ele deixe seu lar e perca o convívio familiar e social ignorando questões que são significativas para o bem estar do usuário, ou, não institucionalizar, dando continuidade às terapêuticas já realizadas sem sucesso, que podem prolongar o sofrimento mental do usuário e da família, que já está desgastada sem saber mais como lidar com as crises do usuário, além de manter em risco a vida destes diante das crises de agressividade.

Esclarecimentos dos fatos

- O que acontece com ele quando tem crises?
- A equipe consegue identificar o que gera as crises nele?
- Quais são os familiares que moram com ele?
- Ele faz uso regular da medicação?

- Os outros familiares são atendidos pelo mesmo CAPS?
- Ele tem independência financeira?
- Este CAPS atende 24hs?
- Com que frequência as crises ocorrem?
- Do que ele gostava?
- Que tipo de música ele gostava?
- Você sabe com quantos anos ele teve a primeira crise?
- Você comentou que ele tem outras doenças e isso estava compensado? Ele era bem atendido pela unidade de saúde?
- Havia um cuidado compartilhado entre os familiares?
- Essa irmã não mora com ele?
- Os outros dois irmãos que moram junto têm aporte financeiro?
- A equipe de saúde percebeu o agravamento das crises depois da morte da filha?
- Você falou que ele fazia uso de álcool e outras substâncias?
- Tem um controle por parte do CAPS se ele tomava os medicamentos prescritos?
- Qual a opinião dos irmãos sobre a institucionalização?
- A irmã que conseguia auxiliar nas crises foi contatada para ver a possibilidade de ela cuidar dele de forma integral?
- Na questão social, a família tinha convívio religioso, contato com outras pessoas, relações para além da família?
- E quando ele estava agressivo era com as pessoas na rua também? Ou só com a família e os profissionais do CAPS
- Essas crises colocavam em risco a vida dos familiares?
- Há quanto tempo a família está levando esta situação?
- Ele tinha um relacionamento? Uma companheira?
- Ele tem mais de uma filha (além da que faleceu)?
- Qual a opinião do paciente sobre a internação?
- Ele tinha consciência destas agressões, destas situações que aconteciam quando estava em crise?
- Como o psiquiatra e o psicólogo consideram a autonomia dele?
- Na percepção da equipe, o convívio dele com as pessoas da família auxiliavam ou prejudicavam o tratamento?

- Ele estava em acompanhamento e a família também estava sendo acompanhada para saber como lidar com as crises? Era realizada alguma abordagem terapêutica com a família?
- Quais os gatilhos familiares que desencadeavam as crises nele?
- E esse asilo que os profissionais pensaram era na cidade mesmo? Já se tinha em vista como seria esse local?
- Ele é idoso?
- Ele tem algum comprometimento da funcionalidade que pode ser considerado como deficiente físico?
- Vocês perceberam nesse período de crise mais frequentes se os outros familiares também tinham crises mais frequentes?
- E essa indicação da equipe pela institucionalização veio por que se percebeu que se tinha esgotado todas as alternativas terapêuticas?
- Quando você falou sobre a opinião da família, eles se mostraram indiferentes, isso se estendeu às filhas que não moram com ele ou somente a família do convívio em casa?
- No caso de fazer essa institucionalização, seria algo involuntário/compulsório, ou se conseguiria que ele aceitasse por um período?
- Ele teria condições de sair depois de um período de institucionalização?
- O lar de idosos estaria preparado para receber este paciente?

Identificação dos problemas éticos

- 1- Como prestar e manter assistência adequada para um paciente psiquiátrico, sendo que os demais membros da família, responsável pelo cuidado deste, também sofrem com doença mental?
- 2- Até onde se deve respeitar a autonomia do paciente quando se percebe que seus atos estão prejudicando a ele mesmo e colocando a família em risco?
- 3- A autonomia do paciente tem grande peso na tomada de decisão da equipe de saúde acerca do seu tratamento?
- 4- Deveria o indivíduo psiquiátrico, com autonomia limitada, ser corresponsável pelas decisões do seu tratamento?
- 5- Como pensar em uma institucionalização psiquiátrica à pessoa e ao mesmo tempo envolver a família, não perdendo o vínculo/convivência familiar?
- 6- A decisão sobre os cuidados em saúde de uma pessoa não autônoma pode prescindir da opinião dos cuidadores?
- 7- Até que ponto a institucionalização de um paciente psiquiátrico não se torna um padrão de cuidado do século passado?

- 8- A equipe pode decidir o que é melhor ou pior para ele neste caso?
- 9- A não existência de institucionalização psiquiátrica ajuda a saúde deste paciente e a de sua família?
- 10- Como definir o que é melhor para o paciente psiquiátrico, quando a equipe está dividida com relação às terapêuticas?
- 11- A equipe pode decidir por uma medida extrema (institucionalização) sem que se tenha esgotado todas as alternativas de intervenção no caso?
- 12- Como definir um esgotamento extra-institucional sem antes tentar ações familiares e intersetoriais?
- 13- Até onde os profissionais de saúde estão dispostos a buscar alternativas para ajudar a família?
- 14- Até que ponto a convivência com os familiares que moram na mesma casa auxilia no tratamento e bem-estar do usuário?
- 15- Como a equipe de saúde pode inserir a família nesse contexto para participar efetivamente da decisão junto ao paciente?
- 16- Até que ponto as diretrizes, orientações da reforma psiquiátrica para internação são benéficas para pacientes psiquiátricos que possuem crises recorrentes?
- 17- Outros espaços de institucionalização de pessoas podem ser adequados para tratamento de pessoas com problemas psiquiátricos?
- 18- Será que o esgotamento do profissional de saúde mental não está atrapalhando a efetividade de condutas para com os seus pacientes?

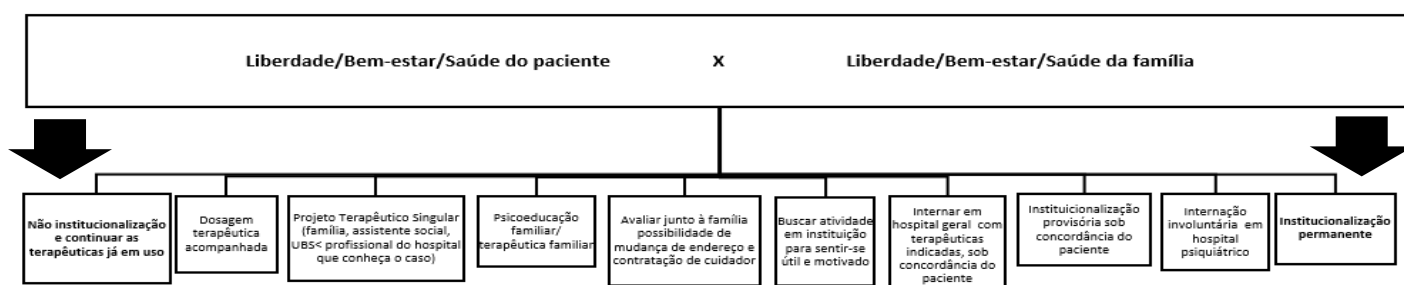
Identificação da questão a ser deliberada

A equipe multiprofissional do CAPS deve ou não sugerir a institucionalização do usuário em casa de repouso para idosos?

Identificação dos valores em conflito

Liberdade/Bem-estar/Saúde do paciente X Liberdade/Bem-estar/Saúde da família

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

Plano A: dosagem terapêutica acompanhada; psicoeducação familiar/terapêutica familiar; projeto terapêutico singular (família, assistência social, UBS, profissional do hospital psiquiátrico onde foi frequentemente internado); avaliar junto à família a possibilidade de mudança de endereço e acompanhamento de um cuidador; buscar alguma instituição que permite um espaço onde pudesse se sentir útil e mais motivado.

Plano B: Manter o plano A e propor ao paciente a internação em hospital geral quando ocorrem as crises, ou institucionalização provisória, com a concordância do paciente, garantindo que assim que melhorar voltasse ao convívio familiar, ou conforme a condição clínica a internação psiquiátrica em casos de crises mais intensas, mesmo que involuntário.

Provas

(X) legalidade

(X) publicidade

(X) temporalidade

Considerações Finais

A realização da sessão deliberativa permitiu visualizar novas condutas de encaminhamento para o referido caso. A discussão entre uma equipe multiprofissional que tem visões e valores diferentes envolvidos permite analisar a situação de diferentes ângulos e assim encontrar diferentes caminhos intermediários, para que não se siga um curso extremo de ação. O esclarecimento dos fatos envolvidos e a identificação dos problemas éticos foram essenciais para o desenvolvimento de ações intermediárias.

É relevante pensar que a reforma psiquiátrica, apesar de iniciada em 2001, ainda não está concretizada, fazendo com que a assistência ao paciente psiquiátrico perpassasse por muitas dificuldades. Mantém-se o modelo de assistência nos hospitais psiquiátricos, e ainda que existam leitos em hospitais gerais, estes, por vezes, não dispõem de profissionais capacitados e estrutura adequada para a assistência a esses pacientes. Além disso, a falta de instituições ou espaços onde o paciente possa ser reinserido na sociedade, para terem suas habilidades estimuladas, interações sociais e novas motivações, não atende ao aspecto psicossocial preconizado pela reforma.

Por meio da sessão deliberativa percebeu-se diversas lacunas na condução do caso pela equipa multiprofissional do CAPS. A mudança dos profissionais da equipe que realizava o atendimento caracteriza uma perda na continuidade do cuidado, pois necessita de tempo para que os novos profissionais se adaptem ao local e criem vínculo com o paciente, podendo interferir na aceitação, por parte do paciente, das

terapêuticas utilizadas. Contudo, a escolha por decisões extremas, sem esgotar todas as possibilidades de tratamento, terapêuticas ou intervenções, pode colocar o usuário em uma situação de agravamento da doença ou interferir na sua liberdade/saúde/bem-estar. Por isso, realizar esta deliberação é importante para que se encontre o curso de ação mais responsável para o caso, em cada momento.

Autonomia de adolescente em final de vida¹⁷

Maikon Leiria

Apresentação do caso

B.I.A é uma jovem de 15 anos de idade, portadora de osteossarcoma no terço proximal da tíbia direita, diagnosticado há mais de um ano. Naquela ocasião o tumor já era volumoso, com comprometimento dos tecidos moles adjacentes, causando dor e prejudicando, mas não impedindo, a deambulação. A investigação de metástases pulmonares e ósseas mostrou-se negativa. Submeteu-se ao primeiro esquema de quimioterapia, somente após três meses do diagnóstico, devido à dificuldade de vagas no serviço médico de referência para tratamento oncológico pediátrico. Recebeu alta hospitalar para continuar o tratamento ambulatorial. Nos exames controles ambulatoriais iniciais, as imagens mostraram pouca redução do volume tumoral e foi proposta uma cirurgia de amputação da perna direita para controle da lesão tumoral. A família recusou o procedimento e a partir desta data não mais retornou ao ambulatório.

Há uma semana a jovem regressa ao hospital, trazida pelos pais, com importante hemorragia no local do tumor, que mostra ulceração e necrose. Realizados os exames pré-operatórios, verifica-se a presença de múltiplos nódulos metastáticos em ambos os pulmões, e a paciente passa a apresentar desconforto respiratório. O oncologista indica a transfusão sanguínea e a amputação do membro, no intuito de controlar o sangramento e aliviar a dor, pois a quimioterapia não mais estava indicada, considerando o estágio avançado da doença; a família aceita o procedimento, mas a adolescente recusa veementemente a cirurgia. Os pais questionam se a jovem, sendo adolescente, pode tomar esta decisão. O médico oncologista solicita então um parecer do Comitê de Bioética da instituição.

Esclarecimentos dos fatos

- Aa família procurou outra equipe médica, uma segunda opinião? Não.
- Qual o motivo do abandono do tratamento? Falta de interesse em realizar o procedimento indicado na época.
- Quanto tempo que ela tem a doença? Pouco mais de um ano.
- Na primeira vez do fato, teve a consulta de opinião para a adolescente? Não foi escutada.
- A equipe médica, quando a família abandonou o tratamento, foi atrás para ver o caso? Supor: não teve busca ativa.

¹⁷ Caso retirado de: FREITAS, I.C.F. Bioética: um estudo de caso pediátrico. *Gaz. Med. Bahia*, v. 75, n.2, p.185-189, 2005.

- A menina teve/tem acompanhamento psicológico? Não teve acompanhamento psicológico.
- O oncologista chegou a conversar com a paciente? Ele só sabe da vontade pelos pais? Não conversou com a paciente.
- Essa decisão dos pais tem relação com crença? Não se sabe a religião da família.
- Ele tinha conhecimento dos riscos de abandonar o tratamento? Não tinham noção da piora, não queriam realizar o procedimento cirúrgico indicado.
- Sabe se alguém da família tinha histórico da doença? Não se sabe o histórico familiar.
- A vida dela corre risco se não amputar? Corre risco sim.
- Sabe a condição econômica da família? São economicamente desfavorecidos.
- Eles moram na mesma cidade do hospital? Moram na cidade vizinha.
- Qual a pessoa da família/responsável pelo contato com o hospital/tratamento? São os pais da garota.
- Eles têm outros filhos? Não, B.I.A é filha única.
- Qual o motivo a equipe não a escutou? Acreditar que os pais devem decidir pela filha.
- A equipe médica tem estimativa de sobrevida da adolescente? Não tem noção exata, mas sabem que é pouco tempo.
- A equipe sabe se a adolescente está ciente disso? Não conversaram com ela.
- Os pais justificaram por que da decisão deles? Sentimento de culpa pelo abandono do tratamento proposto na primeira ocasião.
- A única opção de tratamento passado era a amputação? Teve outras opções? A indicação do oncologista é amputação pelo quadro clínico, não foram apresentadas outras opções por tal profissional.
- Qual a situação clínica? Dores intensas? Uso de medicamentos? Tem dores intensas e está recebendo analgesia no momento.
- A equipe como um todo está convicta pela amputação? Foi indicada pelo médico oncologista, não foi discutido por uma equipe multidisciplinar.
- Mas com a necrose ela pode ter complicações e vir a morrer? Tanto com ou sem amputação ela tem grandes chances de vir a óbito.
- Mas ela tem dores intensas hoje? A analgesia alivia de certa forma.
- Tem algum medicamento que passe a dor sem precisar amputar? As dores são moderadas quando medicada.
- Ela está em casa ou o tempo todo no hospital? No momento está internada no hospital.
- Para ela receber o tratamento da dor, ela precisa ficar internada até falecer? Está recebendo analgesia, definição do tempo de internação depende de realizar o procedimento ou não.

- Ela está sendo acompanhada por alguma equipe de tratamento paliativo? Não, somente por um médico oncologista.

Identificação dos problemas éticos

1. A opinião de um adolescente sobre sua própria situação de saúde/doença e o curso de sua vida não teria o direito de ser ouvida?
2. Os pais podem decidir pelo curso do tratamento de seus filhos?
3. Os pais podem decidir sobre o direito de escolha da adolescente?
4. Como saber se a adolescente é capaz (lúcida e orientada) se a equipe médica mal conversou com ela?
5. Neste caso, a equipe de saúde estaria tratando somente a doença, e não o paciente como um todo, principalmente observando seus sentimentos diante da situação?
6. A equipe pode decidir pela família o que é melhor ou pior para ela neste caso?
7. Qual o papel do serviço de saúde frente a situações de abandono de tratamento de menores de idade?
8. O fato de uma pessoa ser menor de idade diminui a importância de seus desejos?
9. Viver mais é melhor do que viver bem?
10. O que é viver bem para cada pessoa?
11. A família e paciente não deveria ser ouvida diante dos medos e anseios?
12. Qual é o valor que se dá aos desejos do paciente nesta situação?
13. A falta de um cuidado integral pode levar ao agravamento da doença de seus pacientes?
14. A proximidade da morte pode amedrontar os pais ao ponto de não conseguir levar os desejos da filha em consideração?
15. Estaria a família preparada para decidir sobre o tratamento da filha considerando o lado psicológico do medo da morte?
16. De quem é a responsabilidade sobre definir o tratamento mais adequado para a adolescente? Família, equipe de saúde, Estado ou ela mesma?
17. O Estado pode atrasar o tratamento de um paciente caso o início de assistência precoce tenha ganhos de saúde significativos?
18. O abandono do tratamento pode ter se dado em respeito a vontade da adolescente e a busca agora por atendimento pode então representar o desespero/despreparo dos pais para lidar com o término da vida da filha?

19. Qual o tempo necessário para a família e a adolescente compreenderem a gravidade da situação? Esse tempo, corresponde ao tempo estabelecido como seguro para o tratamento?
20. As equipes de saúde sabem avaliar o grau de autonomia das pessoas? e dos menores de idade?
21. As equipes de saúde estão sabendo conversar/orientar adequadamente os pacientes/família sobre os tratamentos e seus prognósticos?

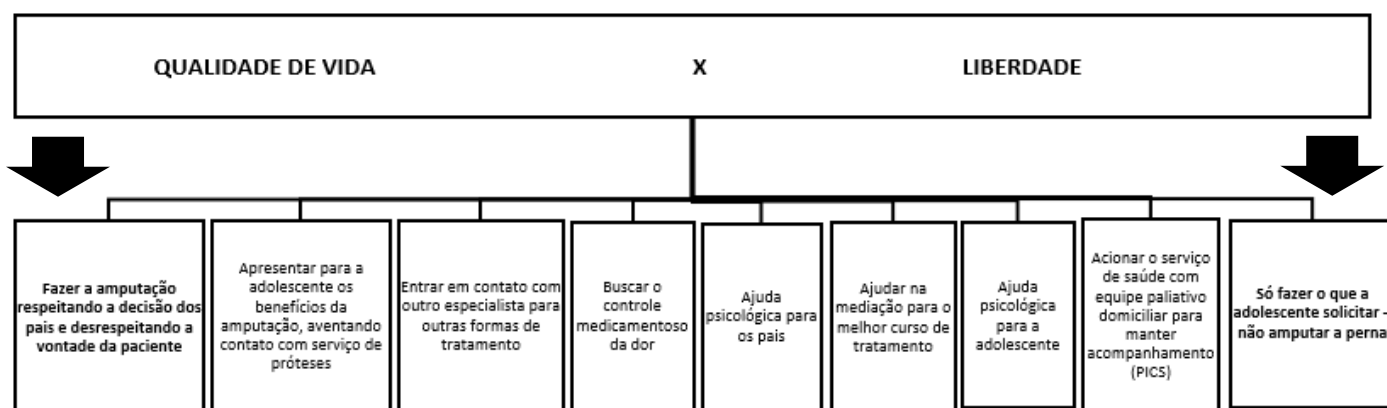
Identificação da questão a ser deliberada

Atender a indicação médica e vontade da família realizando o procedimento indicado ou respeitar a vontade da paciente?

Identificação dos valores em conflito

Qualidade de vida x Liberdade

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- Buscar o controle medicamentoso da dor;
- Entrar em contato com outro especialista para outras formas de tratamento;
- Ajuda psicológica para os pais;
- Ajuda psicológica para o adolescente;
- Apresentar para a adolescente sobre os benefícios da amputação e entrar em contato com serviço de próteses, caso deseje da adolescente;
- Ajudar na mediação dos pais com a adolescente para o melhor curso de tratamento possível;

- Acionar o serviço de saúde do território com equipe de assistência paliativa domiciliar para manter acompanhamento (incluir tratamento com práticas integrativas e complementares).

Provas

- legalidade
- publicidade
- temporalidade

Considerações finais

O caso da paciente B.I.A é apresentado como um dilema ético pelo médico oncologista que a acompanha, pois o profissional se depara com dois cursos extremos: realizar ou não o procedimento cirúrgico? Respeitar a vontade da família ou a autonomia da adolescente? Assim, através do modo deliberativo, buscou-se cursos intermediários de ação e o considerado ótimo para o caso, permitindo um olhar amplo para a problemática apresentada após a sessão deliberativa. O caso já havia sido trabalhado em uma revista com alguns elementos interessantes do ponto de vista da bioética, no entanto, o método desenvolvido na deliberação deste caso foi para além do modelo prescritivo proposto na revista.

AVALIANDO O ENSINO-APRENDIZADO

Fatos e valores da experiência, deveres para a reedição

Finalizada a disciplina, os estudantes foram convidados a preencher um formulário sem identificação pessoal a fim de avaliar o processo de ensino-aprendizado e formular sugestões para seu aprimoramento.

A organização da disciplina, a oferta de oportunidades de aprendizagem, as escolhas metodológicas de ensino-aprendizagem e de sua avaliação foram avaliadas positivamente por todos os participantes, que indicaram, também em unanimidade, ter sido significativa a disciplina para sua formação acadêmica e para o desenvolvimento de sua capacidade de reflexão crítica.

Destaca-se que 70% relataram muito interesse antes mesmo do início da disciplina e que 100% indicaram alto interesse ao longo e até o seu final. Embora apenas 60% tenham relatado alto comprometimento com suas atividades, 80% afirmaram ter tido alto aproveitamento. Apenas um estudante afirmou que seus conhecimentos anteriores não foram suficientes. A maioria (80%) respondeu que a oferta da disciplina na modalidade de ensino remoto ou presencial é indiferente porque não sentiu falta de ter sido cursada presencialmente, e 20% afirmaram que a disciplina deveria ser ofertada preferencialmente na modalidade presencial.

O formulário de avaliação continha ainda um espaço aberto para outras opiniões e sugestões dos estudantes, algumas das quais aqui parcialmente transcritas:

...foi uma experiência muito gratificante cursar esta disciplina (...) conteúdo maravilhoso tanto para nosso desenvolvimento pessoal, crítico, quanto para a prática profissional.

...foi importante para minha evolução pessoal, profissional e acadêmica. Gostaria que os alunos da graduação, também tivessem a oportunidade de ter esse aprendizado no modelo de Educação Interprofissional, e que pudessem aplicar a sua prática profissional, seja pela função assistencial, gerencial ou gestora. Assim, possibilitaria processos deliberativos entre todos os envolvidos da equipe e promoveria relações horizontais e decisões prudentes.

Acredito que essa disciplina deveria ser ofertada todo semestre e sendo uma continuidade da disciplina Bioética e Saúde Coletiva - por exemplo, Bioética e Saúde Coletiva II - Bioética da Responsabilidade. Foi muito importante ter tido aula de bioética (geral) antes dessa disciplina, pois assim já tive uma aproximação e não tive muita dificuldade de entendimento.

A quantidade de sessões deliberativas foi boa, menos que seis acredito que não fosse o suficiente. A quantidade de pessoas foi perfeita. Mais que 14 ou 16 talvez chegasse ao ponto de não haver o envolvimento de todos durante as sessões. O formato virtual ajudou aos mais tímidos a participarem pelo chat e também a integrar participantes de outros ambientes/espacos, ajudando na interprofissionalidade.

A participação de todas os alunos nas sessões deliberativas se apresentou um excelente método para aprendermos o valor das reflexões mais profundas e racionais. Entender que sempre pode existir melhores escolhas, a menos danosa para as partes, pode ser o começo de decisões transformadoras no convívio social.

Excelente disciplina porque nos torna melhores pessoas e profissionais. Deveria ser incluída em todos os cursos de graduação e pós-graduação.

... foi essencial para o meu amadurecimento acadêmico e pessoal. A professora conseguiu fazer com que todos os alunos ligassem a webcam, o que foi essencial para o desenvolvimento e aprendizado. Ligar a câmera virou rotina, foi prazeroso e estimulou trocas mais profundas. Finalizo a disciplina contente e satisfeita com o aprendizado...

Da avaliação se depreende que o objetivo da disciplina foi alcançado, que seu planejamento precisa de poucas alterações (uma estudante mencionou que menos textos em espanhol seria bom), que deve ser ofertada com regularidade, e que seria importante ser oferecida também ao nível do ensino de graduação, preferencialmente de forma interdisciplinar.

Pensando nessa futura possibilidade, foi solicitado ainda que os estudantes respondessem a outro formulário, contendo todas as subcompetências propostas nos quatro grupos de competências a serem desenvolvidas na Educação Interprofissional (IPEC, 2010). Solicitamos que opinassem sobre cada uma das subcompetências descritas, se conseguiriam ser desenvolvidas na disciplina de Bioética da Responsabilidade e, em caso positivo, que indicassem em que medida. Foi surpreendente perceber que todas as subcompetências foram consideradas como capazes de serem desenvolvidas em algum grau, e que a disciplina foi percebida como altamente potente para a grande maioria das subcompetências.

São resultados animadores que estimulam a continuidade da disciplina na pós-graduação e a instigam sua oferta como estratégia de educação interdisciplinar nas graduações em Saúde.