



**Ensino simulado e
deliberação moral:
contribuições para a formação
profissional em saúde**

**Dulcinéia Ghizoni Schneider
Flávia Regina Souza Ramos
(Organizadoras)**

MORIÁ
Editora

Ensino simulado e deliberação moral: contribuições para a formação profissional em saúde

Organizadoras:

Dulcinéia Ghizoni Schneider

Flávia Regina Souza Ramos

Apoio:



MORIÁ
Editora

**ENSINO SIMULADO E DELIBERAÇÃO MORAL -
CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM
SAÚDE**

ORGANIZADORAS:

**DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER
FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS**

APOIO:



Ministério da Educação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

MORIÁ
Editora

Porto Alegre/RS

2019

Conselho Científico Moriá Editora

Diretor do conselho

Prof. Dr. Márcio Neres dos Santos
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- Porto Alegre/RS/Brasil

Colaboradores do Conselho

Prof. Dra. Dagmar Elaine Kaiser
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS -Brasil

Prof. Dra. Erica Rosalba Mallmann Duarte

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS -Brasil

Prof. Dra. Iride Cristofoli Caberlon

Universidade Luterana do Brasil, Gravataí/RS -Brasil

Prof. Dra. Magáda Tessmann

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC -Brasil

Prof. Dra. Maira Buss Thofehr

Universidade Federal de Pelotas, RS – Brasil

Prof. Dra. Maria da Graça de Oliveira Crossetti

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS -Brasil

Prof. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR-Brasil

Prof. Dra. Regina Gema Santini Costenaro

Universidade Franciscana, Santa Maria/RS -Brasil

Prof. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS- Brasil

Prof. Dra. Roseana Maria Medeiros

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim/RS-Brasil

Os autores e a editora se empenharam para dar aos devidos créditos e citar adequadamente a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado nesta obra, dispondo-se a possíveis acertos posteriores, caso, involuntária e inadvertidamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

Todas as fotos que ilustram o livro foram autorizadas para publicação e uso científico pelos pacientes e/ou familiares na forma de consentimento livre e informado, seguindo as normas preconizadas pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Diagramação e capa: Formato Artes Gráficas

Revisão de Português: Annelise Silva da Rocha – annelisesr@gmail.com

1ª Edição – 2019

1º Reimpressão - 2020

A versão impressa desta obra foi financiada através de recurso próprio dos organizadores.
Todos os direitos reservados para

MORIÁ
Editora

É proibida a duplicação deste volume, no todo ou em parte, em quaisquer formas ou por quaisquer meios (mecânico, eletrônico, fotocópia, gravação, distribuição pela internet e outros), sem permissão, por escrito da Moriá Editora Ltda.

Endereço para correspondência:

Caixa Postal 21.603 – Vila Ipiranga Porto Alegre/RS – CEP:91.360-970

moriaeditora@gmail.com / www.moriaeditora.com.br

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

E59 Ensino simulado e deliberação moral contribuições para a formação profissional em saúde [recurso eletrônico] / organizadoras: Dulcinéia Ghizoni Schneider, Flávia Regina Souza Ramos. – Porto Alegre: Moriá, 2019.
ix, 149 p. : il.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-86659-04-7

1. Ética em enfermagem. 2. Capacitação de recursos humanos em saúde. 3. Ensino. 4. Educação em enfermagem. I. Schneider, Dulcinéia Ghizoni. II. Ramos, Flávia Regina Souza.

NLM WY85

CATALOGAÇÃO NA FONTE: RUBENS DA COSTA SILVA FILHO – CRB10/1761

ORGANIZADORAS

DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem com área de concentração em Filosofia, Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tese contemplada com o Prêmio Capes de Teses 2011. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, atuando no Curso de Graduação e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem – Praxis da UFSC, na linha de pesquisa Ética e Subjetividade. Membro da Comissão de Ética da Sociedade Brasileira de Bioética Regional de Santa Catarina (2018-2020).

FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS

Enfermeira. Mestre e Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com pós-doutorado em Educação pela Universidade de Lisboa. Professora titular aposentada da UFSC. Professora Visitante CAPES na Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Saúde Pública (PROensp/UEA) e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC. Pesquisadora bolsista Produtividade do CNPq (PQ 1A) nos temas do processo de trabalho em enfermagem e saúde, bioética, ética e educação. Membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Bioética (2018-2020).

AUTORES

Dulcinéia Ghizoni Schneider

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem com área de concentração em Filosofia, Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tese contemplada com o Prêmio Capes de Teses 2011. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, atuando no Curso de Graduação e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem – Praxis da UFSC, na linha de pesquisa Ética e Subjetividade. Membro da Comissão de Ética da Sociedade Brasileira de Bioética Regional de Santa Catarina (2018-2020).

Flávia Regina Souza Ramos

Enfermeira. Mestre e Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com pós-doutorado em Educação pela Universidade de Lisboa. Professora titular aposentada da UFSC. Professora Visitante CAPES na Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Saúde Pública (PROensp/UEA) e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC. Pesquisadora bolsista Produtividade do CNPq (PQ 1A) nos temas do processo de trabalho em enfermagem e saúde, bioética, ética e educação. Membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Bioética (2018-2020).

Grazielle de Lima Dalmolin

Enfermeira. Mestre e Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Pós-doutorado em andamento na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice-líder do Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente da Universidade Federal de Santa Maria (GTESSP/UFSM).

Isabela Saioron

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem – Praxis da UFSC.

Jussara Gue Martini

Enfermeira. Mestrado e Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-Doutorado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal. Professora e Pesquisadora do Departamento de Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC). Coordenadora do Projeto de Internacionalização (PrINT/UFSC), Subprojeto Educação Interprofissional em Saúde. Investigadora nas áreas de educação em enfermagem, especialmente no campo da formação profissional e docente e enfermagem em atenção básica. Bolsista de Produtividade em Pesquisa, nível 2, do CNPq.

Marina da Silva Sanes

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Residência Integrada pelo Grupo Hospitalar Conceição (RIS-GHC). Especialista em Educação na Saúde (Hospital Sírio-Libanês). Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Educação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (EDEN/UFSC). Membro do Grupo Assessor da Diretoria de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN/SC).

Mario Sergio Bruggmann

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Especialista em Emergência Pré-Hospitalar. Gerente de Enfermagem do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina e Centro de Convivência Santana. Membro do Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem – Praxis da UFSC.

Mirelle Finkler

Odontóloga. Doutora em Odontologia com Estágio de Doutorado no Exterior em Bioética na Universidad Complutense de Madrid. Professora do Departamento de Odontologia. Professora dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e em Odontologia. Vice-líder do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Presidenta da Sociedade Brasileira de Bioética Regional de Santa Catarina (2018-2020).

Saionara Nunes de Oliveira

Enfermeira. Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Instrutora em Simulação pela Universidad de Costa Rica (UCR). Membro da Associação Brasileira de Simulação na Saúde (ABRASSIM) e da Federación Latinoamericana de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente (FLASIC).

SUMÁRIO

	PREFÁCIO	9
	APRESENTAÇÃO	12
	PARTE 1	15
1	Fundamentação teórica: articulações possíveis?	16
	<i>Flávia Regina Souza Ramos</i>	
	<i>Dulcinéia Ghizoni Schneider</i>	
	<i>Grazielle de Lima Dalmolin</i>	
	<i>Isabela Saioron</i>	
	<i>Mario Sergio Bruggmann</i>	
2	Matriz referencial para o ensino simulado da deliberação moral e abordagem de problemas éticos na formação em saúde	34
	<i>Flávia Regina Souza Ramos</i>	
	<i>Dulcinéia Ghizoni Schneider</i>	
	PARTE 2	46
3	A deliberação moral: método para uma bioética da responsabilidade	47
	<i>Mirelle Finkler</i>	
4	Simulação clínica como método de ensino	66
	<i>Saionara Nunes de Oliveira</i>	
	<i>Marina Silva Sanes,</i>	
	<i>Jussara Gue Martini</i>	
	PARTE 3	83
5	Guia para a criação e aplicação de casos de deliberação moral e abordagem de problemas éticos na formação em saúde	84
	<i>Dulcinéia Ghizoni Schneider</i>	
	<i>Flávia Regina Souza Ramos</i>	
6	Relato de experiência do ensino da deliberação moral com caso simulado	89
	<i>Dulcinéia Ghizoni Schneider</i>	
	<i>Flávia Regina Souza Ramos</i>	
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113

PREFÁCIO

O tema sobre o qual esse livro se debruça – o ensino da deliberação moral nos problemas éticos na formação de profissionais de enfermagem, se reveste de importância crescente no século XXI. Como afirma Harari^A, em seu livro *21 lições para o século 21*, “num mundo repleto de informações irrelevantes, clareza é poder. Se não há mais restrição ao fluxo de ideias, a lógica da censura parece ter sido subvertida: o excesso de conteúdo a que as pessoas são expostas diariamente inunda-as de desinformação e distrações”.

Nesse sentido, quando pensamos na formação profissional em saúde, os conteúdos relativos ao conhecimento da matéria (um dos sete conhecimentos necessários à prática docente, como propõe Shulmann^B) deixam de ter finalidade em si mesmos e passam a ser estratégias para o desenvolvimento de cidadãos e cidadãs autônomos, com compromisso social e responsabilidade ética. Nesse contexto, assume importância o desenvolvimento de competências ético-morais, tais como comunicação interpessoal, capacidade de negociação, cooperação e trabalho em equipe, respeito e liderança. Competências essas negligenciadas historicamente no contexto da formação dos profissionais de enfermagem e de saúde.

Aprender a relacionar-se é, ao mesmo tempo, um requerimento e um enorme desafio. Requer novos modelos de ensino. Novos modelos que não se configuram apenas em novos métodos, novas maneiras de ensinar e aprender, mas fundamentalmente na transformação de paradigmas na educação em saúde. A adoção de novas metodologias de ensino, precisa ser precedida de uma forte e consistente base teórica que a sustente.

Educar para quê, para qual finalidade? Para Freire, educar é promover a conscientização – de si e do mundo. Somente com uma atitude crítica frente ao mundo é possível alcançar uma consciência epistemológica. Despertar a consciência epistemológica nos estudantes é a grande finalidade da educação, entendida como aquela em que o ser humano, diante do mundo, deixa sua consciência ingênua e desenvolve uma percepção mais centrada *sobre si, seu mundo e sobre si no mundo*. Se percebe como sujeito num mundo mutável, capaz de promover mudanças por sua própria ação. Pela

^A HARARI, Yuval Noah. **21 lições para o século 21**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

^B SHULMAN, L. S. Conocimiento y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. **Profesorado**, Granada, v.9, n.2, p. 1-30, 2005.

apreensão da realidade, o ser humano alcança a consciência epistemológica, estado em que este vence os limites do apenas saber-se, “ciente” da realidade, e passa a atuar sobre ela como objeto de sua ação, ou seja, como práxis. O alcance desta consciência necessita de tempo, exercício contínuo e de retroalimentação, pois precisa incondicionalmente da tomada de consciência. (FREIRE, 2001)^C

Para alcançar a conscientização, a educação precisa superar os modos transmissivos e verticalizados para privilegiar espaços interdialogicos e, por isso, horizontalizados. São nos espaços democráticos que se constrói cidadãos e cidadãos autônomos, que se movem pelo respeito, pela compreensão e pela empatia. Para que o educando seja capaz de construir sua autonomia, pessoal e profissional, o processo de ensino precisa possibilitar experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, que respeitem a liberdade de agir do estudante. (FREIRE, 2014)^D

Aprender implica em experimentar, em modular o olhar – capacidade crítica de pensar sobre, de mobilizar emoções e sentimentos. E, nesse sentido, o erro é também aprendizagem. Em espaços de aprendizagem é preciso permitir, ao estudante, o exercício do erro, garantindo sua segurança e de todos os envolvidos.

É preciso, portanto, pensar no ensino da deliberação moral nos problemas éticos como conteúdo fundamental na formação dos profissionais em saúde, em espaços de aprendizagem que permitam a modulação do olhar e a experimentação. E, nesse sentido, o ensino simulado se apresenta como um recurso pedagógico excepcional, pois permite ao estudante vivenciar situações cotidianas, respeitando seu ritmo e tempo de aprendizagem, que no seu futuro exercício profissional se apresentarão, com a segurança que se deseja. Tais situações de conflitos e problemas morais e éticos complexos, que se apresentam no cotidiano dos serviços de cuidado à saúde, requerem a aprendizagem de processos de tomada de decisão e do desenvolvimento de sensibilidade ética, que em modelos transmissivos de educação, raramente são colocados como “conteúdos de aprendizagem”.

E se aprendemos ao longo da vida, isso tudo vale para processos de educação permanente. Somos eternos aprendizes, como disse Freire. E por isso, também nos movimentos de educação permanente, se faz necessária a existência de espaços reflexivos

^C FREIRE, Paulo. **Conscientização – teoria e prática de libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3.ed. São Paulo: Centauro, 2001.

^D FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 50.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

e dialógicos, no contexto do trabalho, que permitam ao profissional de saúde pensar acerca dos problemas éticos e morais vivenciados e, num processo de ação-reflexão-ação, modular sua conduta ética, para a prestação de um cuidado seguro e de qualidade.

E, quiçá, a maior provocação desse livro, seja para os docentes, enfermeiros e demais profissionais de saúde. Porque reconhecer a importância da educação ética como nesse livro está proposto, requer a ressignificação do papel de professor. Não como aquele que ensina, mas como aquele que cria espaços significativos de aprendizagem; aquele que oferece alternativas para o/a estudante construir seus próprios caminhos de aprendizagem, permitindo a modulação de seu olhar; um professor que cria ambientes democráticos, que estimulem a participação e a capacidade reflexiva e crítica de seus estudantes. Um professor que desça do palco e dê palco aos estudantes – de protagonista para coadjuvante. Para isso, precisa reconhecer as competências necessárias ao exercício da docência, construindo-se como professor/a. Afinal, somos formados profissionais de saúde e, raramente, docentes de enfermagem e saúde.

E, finalmente, reafirmar que conflitos e dilemas éticos não são vividos de modo isolado no contexto do trabalho em saúde. Por isso é preciso aprender, nos processos de formação inicial, a compartilhar e a refletir em conjunto para a tomada de decisão coletiva. E, nesse sentido, o ensino da deliberação moral nos problemas éticos na formação inicial de profissionais de enfermagem e saúde se apresenta como um conteúdo estratégico para fomentar a educação interprofissional (EIP). Precisamos construir práticas colaborativas em saúde, para além das fronteiras disciplinares.

Oxalá, a leitura desse livro, nos provoque para pensarmos e para agirmos, provocando a nossa acomodação, para as necessárias transformações requeridas para o cuidado em saúde no século XXI, no mundo do trabalho e no mundo do ensino.

Dra. Marta Lenise do Prado

Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem

Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e

Professora Visitante da Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

APRESENTAÇÃO

Esta obra foi produzida a partir da Pesquisa “Ensino simulado aplicado ao processo de deliberação moral nos problemas éticos vivenciados pelos acadêmicos e profissionais da Enfermagem”, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES, Prêmio Capes de Teses 2011 revertido em Financiamento de Projeto de Pesquisa. O Projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, via Plataforma Brasil, sob CAAE nº 41840915.1.0000.5361 e Parecer consubstanciado nº 990.530.

Sua intenção foi apoiar o desenvolvimento e aplicação de estratégias de ensino simulado ao processo de deliberação moral nos problemas éticos vivenciados na formação e na prática profissional de Enfermagem. No entanto, no campo do trabalho coletivo em saúde os problemas morais e a busca por soluções, majoritariamente, envolvem múltiplos atores. O trabalho em saúde é desenvolvido por equipes multiprofissionais e competências morais são requeridas por parte de todos esses trabalhadores. Com isso, assume-se a centralidade da experiência dos profissionais e estudantes como objeto de problematização e, portanto, foco no desenvolvimento e aplicação de ferramentas educativas reflexivas.

Espera-se estimular professores e profissionais a refletirem sobre questões morais, muitas vezes invisibilizadas na atividade clínica e de gestão do cuidado em saúde, assim como sobre estratégias educativas que promovam competências ético-morais. Daí, que o maior produto talvez seja oferecer um guia ou roteiro para elaborar e desenvolver racionalmente a deliberação moral, ou a análise crítica de situações/problemas específicos, entre as apontadas como exemplo e muitas outras que interessam aos profissionais.

Os/as leitores/as observarão que embora se tenha no horizonte o desenvolvimento de competências para a deliberação moral, pelo menos duas ampliações de foco são mobilizadas:

- 1) O reconhecimento de que muitas das questões trazidas pela prática cotidiana de profissionais e estudantes não se referem a problemas clássicos da bioética clínica. Mesmo que provoquem insegurança e dúvida e exijam posicionamento

moral, muitas vezes são conflitos de relações ou enfrentamento de barreiras institucionais, não envolvendo um claro conflito de valores ou não apresentando todos os componentes necessários para uma deliberação em sessões coletivas. Neste caso, cabe perguntar: - se essas questões são tão comuns, se causam angústias e se podem ameaçar o cuidado às pessoas e a qualidade das relações, por que não devem ser tratadas com igual importância e responsabilidade? E, para tratá-las, que lições podemos aprender do processo de deliberação moral? A deliberação precisa, necessariamente, se limitar a “casos” nitidamente configurados dentro do método proposto? Ou podemos, nos valendo do que o referencial e o método deliberativo nos ensinam, exercitar olhares críticos sobre nossos problemas e nossos limites nas decisões mais cotidianas? Acreditando que sim, vale a pena exercitar nossa reflexão sobre o cotidiano do trabalho em saúde, e, desta forma, se faz essa primeira leitura ampliada do método de deliberação moral.

- 2) O reconhecimento de que profissionais, e especialmente professores/as, em suas escolhas estratégicas frente a tarefa educativa, são apresentados/as, convocados/as e até seduzidos/as por referenciais e ferramentas diversas, sem que a escolha por um método seja acompanhada de leitura crítica de suas bases teóricas. Assim, algumas vezes, professores/as se colocam na posição de decidir por aplicar um recurso, ainda com dúvidas sobre sua consistência ou sobre a coerência com valores assumidos. Em termos do referencial e do método de deliberação moral existe, por exemplo, uma estreita relação, em origens e fins, com o narrativismo ou bioética narrativa. Mas em que se aproximam, em que se diferenciam? Entender suas conexões pode ajudar a elaborar alternativas ou aplicações mais bem adaptadas ou dirigidas a certos contextos ou temas? Novas evidências e discursos científicos sobre a educação e a moralidade podem ser úteis? São contrários ou complementares aos aportes da deliberação, do narrativismo ou do ensino simulado? O que é controverso deve ser afastado ou deve ser objeto de discussão, a exemplo de temas como a neuroeducação e a neuroética? Por tais questionamentos é que se abriu uma segunda ampliação do referencial, em direção a possíveis diálogos com outros conceitos, como o de sensibilidade moral, ou proposições derivadas do

conhecimento das neurociências ou das práticas do ensino simulado, ou de como estes também se sintonizam em alguns aspectos.

Por tal razão, esta obra se organiza em três partes. Na primeira parte é apresentado o Referencial Teórico produzido a partir da contribuição de diferentes autores, reunidos não apenas por já terem constatadas relações de coerência, mas, também, por suscitarem novos questionamentos e aplicações. Ao final desta primeira parte apresenta-se uma síntese, na forma de Matriz Referencial para o desenvolvimento de estratégias problematizadoras na educação ética, como é o caso da abordagem de problemas morais e do ensino simulado. A segunda parte é composta por dois capítulos de aprofundamento de dois eixos privilegiados da obra, a deliberação moral e o ensino simulado. A terceira parte do livro aponta caminhos práticos aportando um Guia para entender, aplicar ou construir casos exemplares de deliberação moral, inspirado nas etapas do processo de deliberação moral de Diego Gracia (exposto no capítulo 3), mas que podem ser úteis em adaptações para situações de ensino diversas, na abordagem de experiências e problematizações mais cotidianas, que nem sempre constituem sessões completas de discussão e decisão em equipe. Por fim, é demonstrada a articulação da educação para a deliberação moral com o método de simulação realística, por meio de um relato de experiência. Importante destacar que os casos de deliberação moral a serem construídos não podem ser considerados “casos reais”. Embora inspirados em situações reais, devem ser reapropriados, sintetizados, e transformados, apenas se reportando ao tipo de problema, sem nenhuma referência a pessoas concretas. Tal elaboração também pode se dar em processo contínuo de discussão de diferentes participantes, de forma a se aproximar da vivência de profissionais e estudantes.

A obra pode ser lida de várias formas. Espera-se que sua contribuição possa promover a reflexão sobre os referenciais que fundamentam atividades educativas em cenários de formação profissional em saúde, na graduação e na educação permanente. O mais importante é que professores/as, estudantes e profissionais da saúde se apropriem do que oferece a obra como um exemplo capaz de mobilizar a sensibilidade, a criatividade e a construção colaborativa de estratégias para o desenvolvimento de suas próprias competências ético-morais.

Dulcinéia Ghizoni Schneider
Flávia Regina Souza Ramos



PARTE 1

1

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS?

Flávia Regina Souza Ramos, Dulcinéia Ghizoni Schneider, Grazielle de Lima Dalmolin, Isabela Saioron, Mario Sergio Bruggmann

Neste capítulo é apresentada a proposição de uma fundamentação teórica possível para o interesse de subsidiar abordagens no ensino de temas éticos ou, no sentido ampliado que se deseja, de potencializar competências ético-morais no processo de formação profissional, no enfrentamento de problemas éticos e de demandas por deliberação moral.

Partindo de um breve retrato do contexto que envolve a relação trabalho-educação, especificamente no recorte histórico e sociotécnico do campo da saúde e da Enfermagem, se transita para algumas bases teóricas e conceitos eleitos por sua contribuição para pensar os objetivos e as estratégias das ações educativas que privilegiam a dimensão ética do percurso formativo.

O cenário: do trabalho à formação em saúde e o desafio do desenvolvimento de competências ético-morais

Nos últimos anos, o sistema de saúde em todo o mundo tem passado por mudanças que incluem os avanços tecnológicos, novas ferramentas e técnicas diagnósticas, novos processos de cuidados e intervenções médicas, e, também, as restrições orçamentárias e reformas. Nesse contexto, muitas vezes, a atenção à saúde dos trabalhadores em saúde e às questões éticas e morais ficam relegadas a um segundo plano, pois a maior ênfase na organização do trabalho são as preocupações crescentes com a contenção de custos, custo-benefício e o uso de tecnologias, o que tem contribuído para uma maior ênfase no profissionalismo mecanicista, contrapondo-se à necessidade de rever as condutas éticas.^{1,2}

Os trabalhadores estão frequentemente expostos aos problemas morais em seus cotidianos de trabalho. Na enfermagem, Jameton³ diferenciou três categorias de problemas morais que afetam as enfermeiras, ou seja, a incerteza moral, os dilemas morais e o sofrimento moral. A incerteza moral ocorre quando o profissional não conhece o curso de ação eticamente correto, mas sente uma incômoda incerteza, um senso de que alguma coisa não está bem, permanecendo muitas vezes em silêncio por considerar-se sozinho ou por temor de parecer insensato ao fazer perguntas. Os dilemas morais ocorrem

quando há duas opções opostas de ações, que podem, igualmente, justificar eticamente o agente, o qual é incapaz de realizar ambas ações, encontrando-se face a um dilema ao ter que escolher um curso de ação para seguir, pois não há um argumento forte o suficiente para indicar uma opção ao invés de outra. E, o sofrimento moral, ocorre nas situações em que o profissional faz uma avaliação e reconhece a ação eticamente apropriada a ser seguida, mas por constrangimentos internos ou externos sente-se impedido de agir conforme sua consciência.

A vivência desses problemas morais no trabalho em saúde apresenta implicações para os trabalhadores, como os levar a vivenciar o resíduo moral, o qual se refere à experiência de integridade moral comprometida, envolvendo a anulação ou violação de crenças, valores e princípios, que podem levar à indiferença do profissional.⁴ Pode-se dizer também, que como os problemas morais enfocam o componente moral e agência moral desses trabalhadores, podem também constranger sua sensibilidade moral.⁵

Corroborar-se que a crescente complexidade dos conflitos e problemas morais e éticos contemporâneos nos serviços de cuidado a saúde constitui-se num desafio à formação acadêmica desses trabalhadores.⁶ Como principal estratégia para evitar a naturalização desses problemas morais e manter os trabalhadores em seus cargos, tem-se a educação ética, incluindo o processo de formação e a educação permanente.⁷

Nesse sentido, salienta-se que a reflexão sobre questões éticas do dia a dia do trabalho deve ocorrer já no processo de formação dos trabalhadores, como estratégia facilitadora da percepção dos conflitos e problemas éticos do cotidiano, e para auxiliar na construção de soluções que favoreçam o fortalecimento dos trabalhadores nos enfrentamentos necessários.⁸ Uma possibilidade é o investimento no desenvolvimento da sensibilidade moral, visto que cada estudante já possui um grau ao iniciar o curso, mas essa deve ser fortalecida e incentivada por meio de programas e cursos de ética, para o aperfeiçoamento de competências e habilidades na reflexão e enfrentamento de problemas morais na prática, evitando o desgaste e sofrimento moral.⁹

Retoma-se, assim, a importância da educação ética e o desenvolvimento da sensibilidade moral, que tem influenciado positivamente o desenvolvimento da confiança dos trabalhadores de saúde, o uso de recursos éticos, propiciando ações morais e cultivando ambientes de atuação íntegros eticamente. A formação ética constitui-se como essencial para a ação moral dos trabalhadores, favorecendo suas ações de defensores do paciente e sua maior participação em resoluções de desafios éticos à beira do leito.¹⁰ A

educação ética propõe também o ensino de estratégias que estimulem o exercício de poder dos trabalhadores, com modelos de comportamento adequados para o enfrentamento de situações de dilemas e sofrimento moral, assim como para o estabelecimento de relações interpessoais efetivas no trabalho, ou seja, que os preparem para diálogos éticos com todos os profissionais da equipe.¹¹⁻¹²

O ensino da ética na graduação em Enfermagem vem sendo discutido e questionado quanto às melhores estratégias a serem adotadas, visando desenvolver competências, não somente técnicas, mas também éticas. As disciplinas de ética profissional isoladas desenvolvem a visão deontológica da ética, com discussões sobre o Código de Ética Profissional (CEP) e situações em que a não conformidade da atitude do profissional com o que é prescrito no Código ou na Lei do Exercício Profissional (LEP) resultam em infrações. É fundamental que o acadêmico conheça o seu CEP, bem como a sua LEP. Também é importante que o estudante, ao vivenciar situações de conflitos ou problemas éticos, possa perceber e identificar quais atitudes são adequadas ou inadequadas e qual o melhor modo de deliberar moralmente, para que os resultados das decisões sejam os melhores, tanto para o paciente ou família, para o próprio profissional e sua equipe e para a Instituição que se propõe a prestar um cuidado de qualidade.

O ensino transversal da ética é uma proposta há muito discutida, mas pouco efetivada na prática, pois para que haja a transversalidade do ensino nas disciplinas do curso de graduação, deve existir uma integração no currículo e os professores precisam estar alinhados em suas estratégias de ensino/aprendizagem e terem condutas que objetivem um resultado ou impactos no aprendizado.

Ferreira e Ramos¹³ enfatizam a importância do planejamento e da sistematização do ensino da ética e bioética nos currículos de graduação em enfermagem com o intuito de capacitar os alunos a tomar decisões de forma autônoma e reflexiva nos variados contextos da prática. Como propostas estas autoras sugerem, além de docentes capacitados, a transversalidade do ensino da ética/bioética, o desenvolvimento de valores, virtudes e atitudes éticas pelos alunos, além de referenciais consistentes para fundamentar o ensino.¹³

A interação do aluno com cenários reais do trabalho propicia a construção de relações com os usuários dos serviços de saúde, a família e a comunidade e, nessa relação, surgem as implicações éticas, resultantes dos desafios da realidade.¹⁴ Neste momento, o

aluno relaciona teoria e prática para analisar criticamente as situações e selecionar as melhores condutas.

Sensibilidade moral e formação em saúde

Entende-se por sensibilidade moral a capacidade de reconhecer um conflito moral, mostrando uma compreensão contextual e intuitiva da situação de vulnerabilidade do paciente, com uma visão sobre as consequências éticas das tomadas de decisões feitas em favor ao outro^{15,16}, envolvendo as dimensões de relação interpessoal, estrutura moral, benevolência, autonomia e confiança do profissional em seus valores e conhecimentos.¹⁵ Nesse sentido, deve-se reconhecer primeiramente, e depois mostrar sensibilidade diante de uma situação em que o paciente se encontre vulnerável, para tomar decisões éticas.⁹

É necessário, para uma educação ética eficiente, o desenvolvimento da sensibilidade moral entre os estudantes de graduação dos cursos da área da saúde, pois a sensibilidade moral é o principal pré-requisito para o desempenho ético.² Salienta-se que o desempenho e conduta ética do profissional é indissociável da prestação de um cuidado de qualidade e seguro, pautado nos requisitos da segurança do paciente, os quais também são moldados pelos princípios da bioética, considerando as obrigações e deveres profissionais bem como das instituições de saúde.¹⁷ Assim, entende-se que um cuidado de qualidade envolve uma postura ética e de sensibilidade moral por parte do profissional, visando à segurança do paciente.

Dentre os fatores que apresentam maior representatividade na expressão da sensibilidade moral destacam-se os pessoais, como percepção do conflito, benevolência, valores pessoais e responsabilidade, e também os fatores contextuais, como a formação e a prática profissional, o clima ético no ambiente de trabalho, as normas e regulamentos em consonância com os valores profissionais e cargas de trabalho. Dessa forma, a sensibilidade moral deve envolver tanto a consciência, como a percepção e interpretação do problema ético, para uma tomada de decisão justificável e prudente, o que pode ser estimulado a partir de estratégias de apoio e de ensino, como a educação ética.⁹

Alguns estudos já têm sido realizados em âmbito internacional sobre a sensibilidade moral em enfermeiros e estudantes de enfermagem. Um estudo evidenciou níveis relativamente baixos de sensibilidade moral entre estudantes coreanos,¹⁸ outros analisaram o impacto de aspectos sociais e pessoais sobre a sensibilidade moral entre

estudantes de enfermagem.^{16,19} Um estudo mais atual ao buscar associações entre dados sociodemográficos e estudantis com a sensibilidade moral identificou que sexo, idade e situação familiar apresentam associação significativa, devendo ser considerados ao projetar a educação ética para os estudantes de enfermagem.²⁰

Ainda como exemplo, outro estudo coreano descreveu a relação do ensino de enfermagem com o desenvolvimento moral dos seus estudantes, com avaliação do nível de sensibilidade e raciocínio moral dos estudantes iniciantes e concluintes, sendo observadas diferenças significativas, visto que os últimos apresentaram maior percepção e sensibilidade no cuidado ao paciente, seus direitos e autonomia, perceberam situações em conflito moral, e identificaram valores profissionais e possuíam maior confiança. Dessa forma, destaca-se que a sensibilidade moral e as habilidades de raciocínio moral são extremamente necessárias à atuação e tomadas de decisão éticas na enfermagem, devendo, enquanto educação ética, constituir os currículos de graduação.¹⁹

Da mesma forma, em seu cotidiano, os profissionais de saúde vivenciam conflitos e dilemas éticos sem que tenham, muitas vezes, subsídios suficientes para a tomada de decisão ética. Em algumas situações sabem qual a melhor opção, mas não dispõem dos recursos necessários, em outras situações são tolhidos em sua capacidade de decidir, ou mesmo não sabem como decidir. Nesse sentido, é necessário haver discussão e análise da situação para que ocorra a deliberação moral.²¹

Neuroeducação e neuroética como ferramentas para o desenvolvimento da sensibilidade moral e de competências deliberativas?

Atualmente, é indiscutível o avanço do conhecimento na área da neurociência, a qual vem sendo aplicada em diferentes contextos e particularidades, incluindo o estudo da ética e da educação.

As neurociências podem ser compreendidas como ciências experimentais que objetivam explicar o funcionamento do cérebro por meio de observação e experimentação, mostrando que distintas áreas do cérebro possuem distintas especializações e funções, por vezes interconectadas.²² Da mesma forma, seu conceito envolve o estudo do sistema nervoso, incluindo o cérebro, reunindo uma série de especialidades, como biologia molecular, bioquímica, física médica, dentre outras, bem como constituindo uma disciplina em si. Os estudos neurocientíficos têm abordado

amplamente a estrutura e função neurológica, que papéis desempenham as partes do cérebro e seus processos fisiológicos e cognitivos associados, muito motivados pela utilização da neuroimagem. Nesse sentido, avanços têm sido reconhecidos juntamente com abordagens genéticas, celulares e computacionais, favorecendo diferentes perspectivas, como os estudos de lesões neurológicas, neurocirurgias, aplicações farmacológicas a circuitos neurais, sendo aplicadas também em situações de dependência, aprendizado, memória, emoções, sono, entre outras.²³

São as técnicas de neuroimagem que tem permitido o acesso e maior compreensão do funcionamento do cérebro e suas atividades localizadas, por meio da ressonância magnética estrutural e funcional, permitindo o avanço das neurociências, e suas especializações, visto que a partir do reconhecimento dos locais e ativações das bases cerebrais tem fundamentado outras áreas como a educação e ética, estabelecendo novos termos como a neuroeducação e a neuroética.²⁴

As neurociências apresentam uma possibilidade de aprimorar a aprendizagem com base nos conhecimentos sobre as funções cerebrais. Assim, a denominada neuroeducação propõe a construção de pontes entre a neurociência básica e suas possíveis aplicações para favorecer a educação (neurociência aplicada à educação), harmonizando metodologias de ensino de professores às técnicas de aprendizagem dos estudantes,^{25,26} podendo se caracterizar numa importante ferramenta para a educação ética na enfermagem, juntamente com a aplicação do conhecimento da neurociência à constituição ética dos estudantes e profissionais.

Neste tópico, buscou-se realizar uma aproximação e reflexão a respeito da incorporação da neuroética e neuroeducação para o desenvolvimento da sensibilidade moral e tomada de decisão ética entre estudantes e profissionais de enfermagem. Assume-se que os riscos de assimilações não críticas ou mistificadoras dos conhecimentos das neurociências só podem ser enfrentados pela leitura destes saberes e suas proposições, fora de qualquer aura de neutralidade, mas sempre exigindo um esforço de articulação com os fins e concepções educativas assumidas. Desta forma, ao contrário de uma aparente incoerência ou inconsistência com os referenciais assumidos nos demais tópicos, o que se deseja é questionar potenciais de articulação e apoio que podem ser aportados.

A Neuroeducação usa esse tipo de conhecimento para desenvolver maneiras de favorecer o processo educacional de acordo com o modo como o cérebro interage com o seu entorno, uma vez que as técnicas de neuroimagem mostram as zonas cerebrais

ativadas no processo de aprendizagem cognitivo e emocional. Desse modo, torna-se possível identificar o modo natural de aprendizagem humana e se certas metodologias educativas desenvolvidas são realmente mais eficientes.^{22,26,27} A Neuroeducação integra três áreas em suas abordagens: a psicologia, a educação e as neurociências. Dessa forma, a Neuroeducação ressalta a importância - ainda que timidamente - do papel das emoções e do contexto sócio-econômico-cultural no aprendizado e das várias possibilidades de motivar os estudantes a aprender. Já para os docentes, estas informações seriam usadas para melhorar suas práticas em sala de aula.²⁷⁻²⁹

A neuroética pode ser distinguida em duas vertentes, uma sendo a ética da neurociência, e outra a neurociência da ética. A primeira refere-se ao desenvolvimento de um marco ético que visa regular a pesquisa neurocientífica e a aplicação de seus conhecimentos aos seres humanos, sendo considerada uma ética aplicada, um ramo da bioética. A segunda, refere-se à aplicação do conhecimento neurocientífico à própria conduta ética, identificando as bases cerebrais da agência moral.²²

Com vistas aos conceitos apresentados, pode-se dizer que a aplicação da neuroética e neuroeducação na enfermagem, essencialmente na educação ética, pode favorecer tomadas de decisões e a constituição de condutas e sujeitos eticamente saudáveis nos espaços de atuação (ou, ao menos, a melhor compreensão desses processos), tanto para os estudantes que estão em formação como os profissionais em educação permanente. Essas poderiam se constituir em ferramentas para a deliberação moral a partir do desenvolvimento da sensibilidade moral?

Talvez no presente momento não estejamos ainda em condições de articular consistentemente esses processos, sem cairmos em reduções (para um ou outro lado) ou negligenciarmos a complexidade da experiência moral humana. O que não podemos duvidar é que estamos caminhando sim para o reconhecimento de que nenhuma abordagem é isoladamente suficiente ou capaz de negar a necessidade de novos recursos e de diálogo entre saberes.

Por exemplo, uma metanálise estudou 45 experimentos com 959 participantes, 463 focos de ativação em 43 artigos selecionados para investigação do mecanismo neural das funções morais, comparando a atividade neural em situações que envolviam e não envolviam questões morais, identificando focos comuns de ativação cerebral, além de comparar correlatos neurais da sensibilidade moral e julgamento moral, como dois componentes funcionais do modelo neo-kohlberiano de funcionamento moral.³⁰ Os

aspectos do modelo de funcionamento moral englobam a sensibilidade moral, julgamento moral, motivação moral e personalidade moral. A primeira é entendida como a capacidade de perceber um potencial problema moral em determinada situação, os quais interagem entre si para produzir o comportamento moral, o segundo relaciona-se ao processo de tomada de decisão, a terceira é a capacidade de priorizar o valor moral em detrimento dos demais, e a última se refere a tendência de sustentação do comportamento moral. Todos interagem entre si.³¹⁻³²

Assim, na metanálise, evidenciou-se que as regiões do cérebro mostram maior atividade durante situações que envolvem questões morais, além de identificar as áreas que foram ativadas na sensibilidade moral e no julgamento moral, diferenciando-as. O estudo demonstrou que o funcionamento moral, a rede de modo padrão e o processamento da memória autobiográfica estão associados entre si em nível neural. Além disso, evidenciou que as regiões cerebrais (temporoparietal direita e giro supramarginal) apresentaram atividade significativamente maior no julgamento moral do que na sensibilidade moral. Assim poderia supor intervenções para melhorar o funcionamento moral com base na junção temporoparietal, no caso do julgamento, e na rede de modo padrão, no caso da sensibilidade, utilizando-se da ressonância magnética.³⁰

Outro estudo corrobora essa questão quando, utilizando da técnica de ressonância magnética funcional durante a aplicação de casos aos participantes, observou que a sensibilidade moral e a agência social compartilham uma grande quantidade de um sistema neural específico, porém distribuído. Ou seja, quando a situação se referia a uma agência emocionalmente neutra, tal como relacionadas a comportamentos sociais normatizadores, foram ativadas e compartilhadas redes neurais vinculadas ao modo padrão e à sensibilidade moral. Já quando outras emoções morais foram despertadas, como culpa, compaixão, constrangimento, indignação, dentre outras, padrões distintos foram ativados, indicando que a ativação adicional da função cerebral é provocada por diferentes emoções morais. Isto é, quando ocorre a violação de valores e expectativas morais, o equilíbrio da rede neural é perturbado, gerando atividade aumentada de regiões dentro desse circuito, conforme experiência de emoções morais distintas.³³

Assim, a partir da constatação das ativações de diferentes áreas cerebrais e redes neurais conforme diferentes estímulos, compreendendo ações morais e possíveis tomadas de decisão diante de situações conflituosas, questiona-se como isso poderia ser utilizado para o melhoramento e educação ética? Ou como as diferentes áreas que favoreçam a

sensibilidade moral ou o julgamento moral poderiam ser estimuladas para melhores atuações, sem que interfira na constituição da personalidade do sujeito ou sem que a complexidade de distintos fatores, individuais, sociais e culturais, que atuam na decisão e conduta moral sejam reduzidos a funcionalidades neurológicas?

Nessa perspectiva, um exemplo de ferramenta que vem sendo estudada se refere ao aprimoramento moral baseado em neurofeedback, o que alguns autores supõem que poderia fazer parte da rede tradicional de educação moral. O neurofeedback utiliza-se de dispositivos como ressonância magnética funcional em tempo real (rtfMRI), neurofeedback decodificado (DecNef) ou neurofeedback baseado em conectividade funcional (FCNef), os quais exigem a contrapartida do sujeito para executar as técnicas e exercícios propostos, permitindo-o ajustar seus estados cerebrais usando uma representação em tempo real das atividades cerebrais, autorregulando suas emoções, cognição e comportamento.^{34,35}

O neurofeedback para melhoramento moral pode ser incentivado por já ter sido aplicado em população geral e em casos de desordens auxiliando no ajuste do comportamento. Ele apenas decodifica informações sobre o cérebro sem intervir especificamente. O treinamento pode ser personalizado ao focar na região interessada ou nível de voxel. Ainda, o neurofeedback pode ser considerado seguro, pois não adota uma noção específica de moralidade, e utiliza de técnicas que exigem a contrapartida do sujeito, isto é, sua atividade voluntária, assim também evitando fraudes ao exigir o esforço do participante até que atinja o estado cerebral alvo, bem como mantenha a diversidade moral, diferentemente da utilização de fármacos, por exemplo.^{34,35}

Mesmo quando tais aplicações são apresentadas como seguras e não interventivas cabe ponderar por usos e consequências que extrapolam os usos imediatos. Por exemplo, que critérios podem ser usados para definir que tipo de “desordem” comportamental remeteria a este tipo de técnica e na ótica de que interesses? Como garantir que tais interesses sejam os que preservam os direitos plenos dos sujeitos? Haveria a necessidade de normas éticas específicas e detalhadas, incluindo o resguardo e uso das informações acessadas, inclusive para intervenções futuras, a exemplo do que acontece com material genético?

Bioética narrativa

Para Moratalla³⁶ a bioética narrativa só pode ser entendida em articulação com a bioética hermenêutica (fundamentação filosófica) e a bioética deliberativa (método), sem as quais seria simples instrumental ingênuo.

A bioética narrativa é uma forma de fazer bioética e, também, uma perspectiva, ou modo de ver as realidades e os problemas. Busca, acima de tudo, a sinceridade com a experiência humana, num esforço de rigor com as questões éticas do trabalho em saúde, abordada como “ética médica”, mas que foi ampliada para uma perspectiva multi e interprofissional. Nesse campo da saúde, se aplica na revitalização da intenção originária da bioética - de ponte entre disciplinas - para articular encontros destas práticas com a criação artística, (literatura, cinema, poesia). Tem assim uma vocação formativa e autoformativa, ao se propor a renovação educativa da bioética. Se a educação em bioética pressupõe conhecimento, procedimentos e atitudes, a bioética narrativa contribui para este elemento atitudinal e subjetivo, de sensibilidade narrativa, imprescindível ao processo deliberativo, exatamente porque o saber narrativo lida com o incerto mundo da vida.³⁶

A prática profissional em saúde é marcada pelo encontro de subjetividades. O cotidiano do cuidado se faz “de” e “nestes” encontros, nos quais a narrativa tem lugar especial, pois as experiências de viver, adoecer, sofrer e cuidar são narradas, compreendidas, interpretadas. Similar a um leitor que se pretende crítico, de um profissional espera-se a capacidade de analisar questões éticas no interior de narrativas, carregadas de crenças, valores, significados. As competências narrativas dizem respeito a capacidades de interpretar e atuar sobre as histórias de outras pessoas, construindo pontes para relações mais empáticas e verdadeiras. São capacidades de compreensão do que expressam as histórias, que ultrapassam a racionalidade lógica dedutiva, mas indicam um sentido ou racionalidade narrativa e, também de manejo respeitoso de situações que envolvem o outro. Podem ser entendidas como competências para: – se transportar ao mundo narrado (ressonância emocional) - mudar de perspectiva (imaginação empática), e adotar o ponto de vista de outro (buscar a coerência interna na narrativa).³⁷

Ainda sobre a relação da narratividade com a deliberação moral, Almazán García³⁸ retoma os momentos deliberativos propostos por Diego Gracia - deliberação sobre os fatos, sobre os valores e sobre os deveres - para indicar que em todos a razão

narrativa se impõe, por recurso a trilogia imaginação-empatia-atitude moral. Mesmo o momento de deliberação sobre os fatos, tão diretamente reconhecido por sua objetividade, nunca se poderá separar fatos humanos de vivências, dramas, biografias, projetos e intencionalidades, enfim, o fato precisa ser entendido no horizonte de quem lhe dá sentido. A tarefa de compreensão inclui acessar as diferentes perspectivas que moldam os fatos.³⁸

Partindo-se do princípio de que a deliberação moral pode ser aprendida e aperfeiçoada, a Bioética Narrativa oferece recursos promissores para tal, uma vez que as narrações podem ser utilizadas como ferramentas de conhecimento da vida humana. Através da troca de narrativas se compreende com mais propriedade as intenções, condições e ações humanas³⁹, essenciais para o processo deliberativo.

Nessa perspectiva, as narrativas precisam ser estimuladas e conduzidas adequadamente para favorecer os processos deliberativos morais. Para este fim, a vertente narrativista defende que sejam empregados diversos recursos artísticos, de pinturas a poesias. O uso das linguagens artísticas é considerado fundamental para os processos interativos humanos e não deve ser negligenciado,⁴⁰ sendo elas o elo ideal para conectar o científico com o humanístico.

Ao equilibrar o científico e o humanístico, o pragmático e o narrativo, a Bioética Narrativa mantém a integralidade dos indivíduos, possibilitando a construção de conhecimentos e aprendizados de modo pleno, respeitando e mantendo os contextos socioculturais, valores e outras individualidades. Assim sendo, a Bioética Narrativa favorece o exercício deliberativo por fornecer meios impreterivelmente férteis à construção da ética para a análise de problemas relacionados a valores morais, através do compartilhamento de aspectos culturais, sociais, além do exercício deliberativo.

O narrativismo também pode ser um instrumento didático de excelência, sendo particularmente promissor para a educação deliberativa. O método deliberativo é reconhecido como o mais adequado para a tomada de decisões prudentes, onde a racionalidade utilizada não é a clássica, tampouco positivista, mas sim descritiva, argumentativa, hermenêutica e principalmente deliberativa. Constitui-se de grande potencialidade para introduzir temas sociais, culturais e ambientais nos processos educacionais deliberativos, ampliando os horizontes para além dos temas biotecnológicos.³⁹⁻⁴² Em outros termos, a Bioética Narrativa propõe uma deliberação

narrativa como metodologia de interpretação e tomada de decisão, um modo de conhecimento e atitude ética hermenêuticos.

A Bioética Narrativa busca solucionar problemas éticos mediante ênfase nos processos deliberativos, reconhecendo e utilizando as vivências únicas de cada ser. Pode-se dizer que aprender a deliberar é a finalidade do narrativismo, sendo esta uma tarefa complexa e que requer prática.^{39,43}

Ao analisar os “porquês”, os “para que” e os “como”, presentes nas narrativas diante de problemas morais, torna-se possível desenvolver deliberações mais empáticas e prudentes, favorecendo a elaboração de opções e a provável escolha da melhor conduta para aquele contexto abordado.

O processo de deliberação moral

Na bioética clínica existem alguns métodos de análise moral, os quais possibilitam um estudo racional, sistemático e objetivo dos conflitos morais surgidos na assistência aos pacientes, a fim de que a decisão tomada se constitua num ato prudente. Estes modelos foram elaborados por bioeticistas europeus e norte-americanos, e qualquer um deles pode auxiliar os profissionais de saúde e os Comitês de Bioética a chegarem a um resultado satisfatório, servindo como ponto de partida para um treinamento na metodologia de discussão de casos.⁴⁴

Nas decisões éticas não basta apelar para a intuição ou o bom-senso porque a incerteza acompanha a maioria das situações que requerem posicionamento moral. É importante apreciar a circunstância particular e usar procedimentos sistematizados para a tomada de decisão. No processo de deliberação de problemas éticos deve-se considerar os valores e deveres envolvidos nos fatos a fim de examinar a situação de conflito moral, de maneira razoável e prudente, por meio de discussões e decisões feitas no diálogo interpessoal.⁴⁵

Deliberar é uma arte, baseada no respeito mútuo, em certo grau de humildade ou modéstia intelectual e no desejo de ampliar a própria compreensão dos fatos, ouvindo e trocando opiniões e argumentos com outras pessoas implicadas no processo. A deliberação é um modo de análise público e crítico dos próprios pontos de vista. Necessita de certos conhecimentos, mas principalmente de certas habilidades e, sobretudo de alguns traços de caráter. Uma pessoa com graves restrições psicológicas, com medos

inconscientes ou preconceitos rígidos, sem a capacidade de analisá-los e verbalizá-los pacificamente e sem ansiedade, terá uma capacidade reduzida de intervir ativamente em um processo de deliberação.⁴⁶

A deliberação é itinerário sistematizado e contextualizado de análise dos problemas éticos para encontrar soluções concretas, dentre alternativas prudentes. Essa análise não é abstrata, mas considera as circunstâncias do ato e as consequências previsíveis. A meta da deliberação são cursos de ação prudentes. Na bioética clínica, a prudência se expressa na capacidade de avaliar o que está envolvido no caso, com vistas a decisões razoáveis.^{45:393}

A experiência mostra que o processo de deliberação em si mesmo atua como educativo, melhorando as capacidades das pessoas nele implicadas. Pode se dizer que ninguém sabe como deliberar de maneira natural. A deliberação não é um comportamento natural, mas moral. De maneira natural, todo mundo acredita possuir a verdade e pensa que todos os que defendem opiniões ou crenças distintas das suas são ingênuos ou maus. Deliberar é um processo de autoeducação. Talvez também seja um processo de autoanálise, e até certo ponto uma terapia. Sócrates passou sua vida educando gente jovem através da deliberação, ou no processo da deliberação. Sócrates não respondeu perguntas, somente ajudou as pessoas a encontrar suas próprias respostas às perguntas.⁴⁶

A razão prática é deliberativa, mas a deliberação é uma tarefa difícil. Necessita de muitas possibilidades, tais como a ausência de restrições externas, boa vontade, capacidade de dar razões, respeito pelos outros quando estão em desacordo, desejo de entendimento, cooperação e colaboração. Este é o marco para um processo de deliberação verdadeiro. A deliberação não se apoia na decisão, mas no compromisso. A teoria da deliberação é adequada no nível micro, àquele das relações interpessoais e do trabalho em pequenos grupos.⁴⁶⁻⁴⁷

São vários os modelos de tomada de decisão ética e estes devem ser aplicados às situações de problemas éticos vivenciados por profissionais da saúde, evitando as decisões guiadas apenas pela intuição e que, nem sempre, se constituem nas melhores opções.⁴⁵ Usar estes modelos de tomada de decisão em situações simuladas na formação em saúde, proporcionará o desenvolvimento de habilidades cognitivas relacionadas à ética, tão fundamentais e pouco aplicadas na formação e na educação permanente.

Um modelo de deliberação considera pelo menos quatro principais componentes, que vão da análise das consequências/impactos das decisões sobre as partes envolvidas, passando pela ponderação de valores conflitantes, a escolha da melhor alternativa, até a exposição dialógica dos motivos que a justificam.⁴⁸ A proposta de Diego

Gracia⁴⁶ também considera, neste itinerário deliberativo, a os fatos (apresentação do caso, esclarecimento dos fatos, informações preliminares, levantamento de hipóteses); a deliberação sobre os valores (identificação dos problemas éticos do caso; indicação do problema ético fundamental e identificação dos valores em conflito); a deliberação sobre os deveres (identificação dos cursos de ação extremos, intermédios e ótimo) e a deliberação sobre as responsabilidades (submissão do curso ótimo às provas de consistência de tempo, publicidade e legalidade).⁴⁵

A discussão sobre o processo deliberativo é ainda recente no setor da saúde, sendo seus princípios mais utilizados para as tomadas de decisão política do que para decisões em saúde, como as que se referem aos cuidados de enfermagem e outras que envolvem grande parte da demanda de trabalho de uma equipe de saúde.^{41,49-50} Os profissionais da saúde comumente exercem suas atividades em ambientes laborais conturbados, com grande volume de trabalho, redução do tempo dedicado aos enfermos, restrições econômicas/materiais e aumento de demandas e desafios, o que leva ao cansaço, insegurança e, muitas vezes, a tomadas de decisões apressadas e pouco ponderadas. O processo deliberativo e os próprios problemas/conflitos morais são subestimados, reduzindo sua complexidade e se limitando a soluções simplórias ou extremistas.⁵¹⁻⁵²

A deliberação moral é um processo que almeja uma reflexão sobre a questão moral, melhorando a qualidade da sua resolutiva, além de aprimorar as competências morais dos envolvidos, permitindo que estes ponderem sobre questões institucionais ou organizacionais.⁵³⁻⁵⁴ Trata-se de um procedimento que requer dos envolvidos a capacidade de mediação e negociação, correlacionando os aspectos morais que o cercam, entre julgamentos morais que emergem do diálogo entre pessoas receptivas ao processo.

Assim, o ato de deliberar deve ser uma abordagem coletiva, contemplando a evidência e a interpretação através de discussão, definição de prioridades e cocriação de soluções, sob a influência do conhecimento tácito dos participantes do processo, favorecendo a compreensão mútua. O processo deliberativo pode ser considerado um instrumento facilitador da tomada de decisão em ambiente clínico e requer habilidades do profissional, como segurança, autocontrole das emoções e maturidade psicológica para que a deliberação possa ser realizada com seriedade, eficiência e eficácia, onde quem deliberar se torne responsável pelos impactos decorrentes desse processo.^{45,48,50,52,53,55}

Quando é possível atrelar a temática do processo deliberativo à formação continuada/educação permanente, a deliberação se torna ainda mais vantajosa, tanto para os profissionais quanto para a instituição que a incentiva, uma vez que uma das características mais importantes desse processo é a combinação adequada de participantes, o uso adequado de evidências de pesquisa, um ambiente de reunião apropriado e o compromisso dos participantes.⁴⁹⁻⁵⁰

A formação ética e o ensino da deliberação moral

A formação ética não pode se reduzir ao ensino da ética, mesmo quando se considera processos educativos formais, como é o caso da profissionalização em saúde. A formação ética, ou o desenvolvimento do sujeito moral, ocorre ao longo da vida, em múltiplos e contínuos processos sociais. Esses processos podem ser tomados do ponto de vista da configuração das identidades individuais e sociais, aqui usando a perspectiva de Dubar,⁵⁶ incluindo desde a socialização primária e muito além da socialização profissional.

Se pensarmos a formação ética ou educação moral como dinâmica e permanente, a escolarização e a formação profissional também possuirão tal dimensão ética, ou terão participação importante. Ao tornar-se profissional, constrói-se uma identidade, relações de pertencimento a um coletivo e adquire-se modelos e referências que funcionam como guias orientadores da percepção, julgamento e ação.

Tal educação do olhar, do gesto e da razão não se dá apenas nas lições da sala de aula, mas em múltiplas ‘lições’ e vetores. Na educação formal há que se considerar o peso do currículo paralelo, vivenciado em atividades extramuros, assim como do currículo oculto, que concomitante às formas mais visíveis de aprendizagem, promove a incorporação de valores, comportamentos e uma cultura social/profissional pelos estudantes, contribuindo para o ajustamento do indivíduo ao grupo.⁵⁷⁻⁵⁹

A própria bioética pode ser compreendida e problematizada a partir de duas teses: I) a bioética como um potencial “sistema abstrato capaz de produzir reflexividade, ordenando a experiência e o projeto de identidade subjetiva do trabalhador da saúde”; II) a formação ética/bioética do trabalhador da saúde como indissociável de um conjunto de dispositivos pedagógicos que relacionam o mundo do trabalho e o mundo da escola em ‘modos de ser profissional’.⁶⁰

Isso significa articular formação e identidade, ampliar a noção de formação e ponderar criticamente o potencial de saberes como o da bioética, que ao se propor como base necessária para o exercício profissional moralmente responsável no campo da saúde, torna-se também condição/elemento para a constituição da identidade profissional. Amplia-se, assim o potencial da bioética – e do ensino da ética e bioética- de ferramenta para o manejo de problemas e dilemas da prática, essencialmente disposta a promover o raciocínio moral nos processos de tomada de decisão, para ferramentas que fazem com que um trabalhador se pense qualificado para ações, se diferencie de outros e reconheça em si certos atributos, lógicas e valores.⁶⁰

Esta ampliação do foco deve preceder a subsequente redução desse mesmo foco, quando se quer eleger ou priorizar um componente ou estratégia integrante deste complexo processo de formação. Só após dar luz a este entendimento pode-se chegar ao ensino da deliberação moral propriamente dito.

A primeira focalização parte do processo de formação ético-moral para a formação profissional e deste para o ensino da ética e bioética, ou seja se dá um “zoom” sobre um momento e um cenário específico (a formação universitária), mesmo reconhecendo que as propostas da presente obra se aplicam a outros cenários onde os momentos da formação profissional se multiplicam e expandem, pela educação permanente. A segunda focalização parte deste ensino para novo “zoom” sobre o ensino da deliberação moral, por considerar sua importância no desenvolvimento de competências reflexivas, dialógicas, argumentativas e críticas, inerentes à tomada de decisão qualificada e responsável.

O profissional de saúde precisa ter conhecimento pertinente para gerenciar a prestação de cuidados pelos quais é responsável.²¹ Entretanto, é comum que a dimensão ética de seu trabalho seja negligenciada ou preterida, frente às pressões do tempo e da rotina, levando a maior valorização da resposta em si do que dos métodos usados para produzi-la, pondo em dúvida a possibilidade de refletir e deliberar no cotidiano de trabalho.^{54,61}

Reconhecer a importância em oferecer espaço para a reflexão ética/bioética na formação dos profissionais da saúde implica superar tradicionais modos de ensino-aprendizagem, que se limitam à transmissão de definições, temas e códigos/normas, não promovendo o diálogo, a troca de saberes e perspectivas.⁶²⁻⁶³

A deliberação não é apenas resolutiva, mas, também, educativa. O diálogo deliberativo favorece a aprendizagem mútua entre docentes-discentes-equipes, o compartilhamento de experiências, a motivação, o sentimento de pertencimento,⁴⁹ contribuindo para qualificar o ensino em discussões sobre problemas públicos, intervenções baseadas em evidências, mudanças no curso, entre outras.⁵⁰

Dado esse potencial, destacam-se iniciativas em estudar e experimentar métodos inovadores e adequados para tal aprendizado, tanto na formação acadêmica quanto na educação permanente dos profissionais. Daí que estratégias e métodos problematizadores, participativos, ativos e reflexivos devem ser continuamente aperfeiçoados e socializados. A metodologia adotada passa, necessariamente, pela valorização da experiência prática como fonte de conhecimento e objeto de análise, e do diálogo como abertura ao outro, condição para o enriquecimento de perspectivas morais (ética dialógica).⁶³

Embora na presente obra ganhe destaque a contribuição teórico-metodológica de Diego Gracia, há que se reconhecer que outros autores têm aplicado a Deliberação de Casos Morais na prática profissional de saúde, visando melhorar a competência moral dos profissionais e a qualidade dos cuidados.^{61-62,64-67} São apontados conteúdos necessários para a Deliberação de Caso Moral (*Moral Case Deliberation - MCD*) para promover o raciocínio moral, incluindo o domínio teórico sobre o raciocínio moral (ética baseada em princípios e orientada para as relações), definições e fatos sobre a situação psicossocial do paciente, soluções para o problema (ações concretas para a situação do paciente e para a instituição) e indicativos para o próprio processo de abordagem do MCD.⁶⁸

Estudo sobre a aplicação da Deliberação de Casos Morais ressalta que a maioria dos participantes percebe a relevância na aplicação desta metodologia para seu trabalho diário, o que contribui para a qualidade do diálogo de forma positiva. Também se manifesta o aumento da sensibilidade moral e da efetividade da comunicação, diminuindo os preconceitos e as respostas automáticas.⁶⁵

Os objetivos da discussão na Deliberação de Casos Morais são, principalmente, refletir sobre o caso para analisar o que significa ser um bom profissional e para melhorar a qualidade do atendimento, além de ampliar as competências morais dos participantes.^{61,66}

Destaca-se o estudo brasileiro⁶⁹ no qual foram desenvolvidos elementos de um referencial metodológico para a deliberação moral e ou sistematização da análise de

denúncias e processos ético-profissionais de Enfermagem, construído a partir do marco analítico dos discursos expressos nos processos ético-profissionais de enfermagem. Tal referencial sugere aplicação na avaliação de denúncias éticas e nos procedimentos que envolvem a deliberação em processos éticos. Representa uma proposição genérica, que exige adaptações conforme a situação de denúncia ou processo ético, ou conforme instância de decisão institucional. Ampliando o contexto de aplicação é possível propor este modelo para aplicações práticas diversas, como em cenários educativos.⁶⁹

Ao se destacar a pluralidade de autores e contribuições, reafirma-se o potencial de aplicações criativas, fiéis aos fins dos métodos e suas bases conceituais, sejam tais aplicações dirigidas para a resolução de problemas morais na prática clínica e comitês de ética/bioética, seja para a problematização de situações cotidianas que envolvem a prática profissional, seja para promover em estudantes a reflexão, a sensibilidade e capacidades de abordar e enfrentar problemas morais.

Por essa mesma abertura a propostas metodológicas, alinhadas em perspectivas solidárias, que se torna coerente assumir a multidimensionalidade da realidade social e das perspectivas dos sujeitos, e buscar maior apoio no narrativismo, para a tarefa educativa de fomentar a pluralidade de pensamentos e habilidades mentais, de enriquecer e “abrir as mentes” para o diferente.^{39:167}

Acredita-se que a formação de competências ético-morais pela deliberação e narrativismo, por sua coerência com os métodos ativos e problematizadores - nesta obra exemplificada pelo ensino simulado - possuem grande potencial na formação profissional em saúde, cabendo ser estrategicamente desenvolvida.

MATRIZ REFERENCIAL PARA O ENSINO SIMULADO DA DELIBERAÇÃO MORAL E ABORDAGEM DE PROBLEMAS ÉTICOS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Dulcinéia Ghizoni Schneider, Flávia Regina Souza Ramos

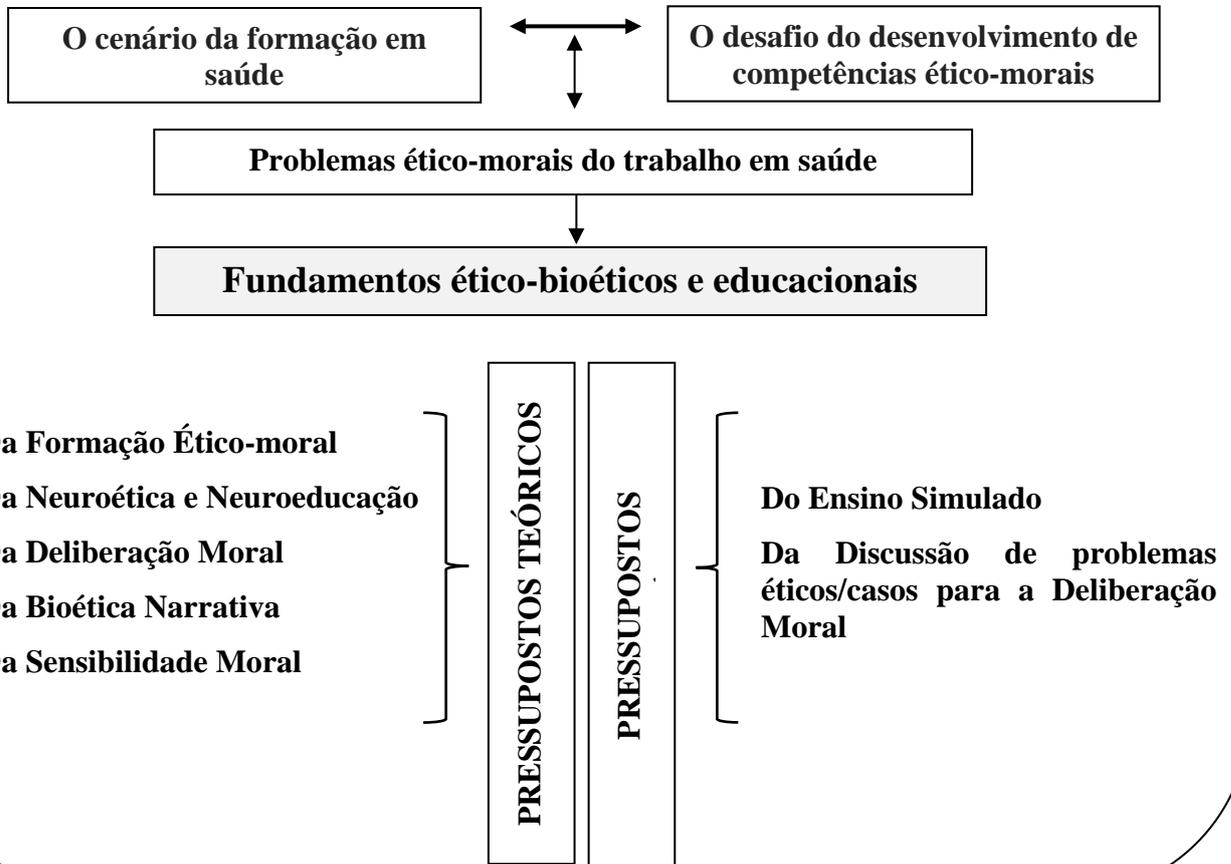
A presente obra foi construída para responder ao desafio da educação ético-moral, articulando conceitos e referenciais que se mostram úteis na proposição de ferramentas pedagógicas. Do referencial até o momento apresentado, são sintetizados os pressupostos que podem apoiar tal tarefa, nesta ou em diferenciadas proposições práticas.

A partir das bases eleitas, apresentadas no tópico anterior, é possível sintetizar as posições assumidas, ou os pressupostos básicos que norteiam a proposição de estratégias educativas. Vale dizer que nenhuma forma de desenvolver a ação educativa está livre de concepções e intenções, explícitas ou implícitas. Destaca-se que cada autor/professor/usuário de um método ou estratégia pode e deve buscar os fundamentos que melhor darão coerência e consistência às suas práticas, ou ainda, refletir criticamente sobre as concepções e bases teóricas que embasam propostas que lhe são apresentadas ou impostas em “pacotes”.

O que aqui se faz é explicitar nosso modo de entender e captar o conjunto de ideias dos diferentes autores sinteticamente abordados, constituindo uma apropriação singular deles, na forma de pressupostos que sustentam as proposições mais práticas. Não significa a única, mais correta ou completa forma de traduzir e aplicar tais bases conceituais, mas apenas uma possível leitura e articulação de diferentes contribuições, citadas no decorrer do capítulo 1. O importante é que outras leituras possam ser feitas, no exercício permanente de melhorar as práticas educativas que se dirigem para a formação ético-moral. Deste modo, esta Matriz deve ser usada como sugestão para novas apropriações, reformulações e adaptações que interessem e se apliquem ao contexto educacional específico. O fundamental é que se note a importância desta etapa de clarificação de conceitos, princípios e valores que se deseja colocar em prática na experiência pedagógica, sem o que esta fica sujeita à simples aplicações de fórmulas prontas e modismos.

De forma geral, o caminho dessa construção pode ser sintetizado no esquema abaixo.

Referencial para ensino simulado da deliberação moral em saúde



Pressupostos teóricos

Da Formação Ético-Moral^E

Nas práticas profissionais em saúde são requeridas competências morais para a atuação responsável frente a complexidade da vida e sofrimento humano, das relações interprofissionais, dos conflitos e incertezas nos campos científicos, técnicos e institucionais.

A formação ético moral do profissional da saúde articula processos socioculturais ao longo da vida, integrando também as variadas experiências de educação profissional, que participam da construção de identidades profissionais.

^E Inspirado nos autores: Hardingham, 2004⁴; Lützn, Cronqvist, Magnusson, Andersson, 2003⁵; Oguisso; Schmidt; Freitas, 2007⁶; Bordignon et al, 2011⁸; Lang, 2008¹⁰, Sporrang, Höglund, Arnetz, 2006¹¹; Nathaniel, 2006¹²; Ferreira; Ramos, 2006¹³; Ramos et al, 2013¹⁴.

O ensino da deliberação moral deve ser assumido por educadores e instituições formadoras como parte fundamental da formação profissional, pautando-se em preceitos éticos e bioéticos compatíveis com as responsabilidades do campo profissional e de sua contribuição para a civilidade e cultura.

Da Neuroética e Neuroeducação^F

A compreensão da conduta moral como social e culturalmente elaborada pode ser convergente com o conhecimento de sua base intrínseca (neurológica, genética, intuitiva), de modo a apoiar processos educativos que visem à formação ético-moral.

O cérebro/mente/pessoa precisa de interação para dar sentido às situações sociais e, portanto, atividades cooperativas e metodologias ativas são capazes de estimular a interação, a motivação e o engajamento, não se limitando a recursos auxiliares do processamento de informações e da memorização.

Da Deliberação Moral^G

A deliberação moral é um processo educativo, que opera em itinerário sistematizado e contextualizado, aprimorando as competências morais, o diálogo, a mediação, e a qualidade dos julgamentos a resolutivas.

A deliberação moral se apoia no compromisso coletivo com a criação de soluções, otimizando capacidades e conhecimentos, em um ambiente de respeito, segurança e maturidade.

Da Bioética narrativa^H

A bioética narrativa é crítica e autocrítica, fomentando a experiência moral em contextos de relações e responsabilidades e encarnando o mundo dos valores em concretas expressões da complexidade e diversidade da vida humana.

^F Inspirado nos autores: Cortina, 2018²²; Cortina, 2010²⁴; Felip, 2015²⁵; Béjar, 2014²⁶; Rodgers, 2015²⁷; Tokuhama-Espinosa, 2008²⁸; Zaro et al., 2010²⁹; Bebeau, Rest, & Narvaez, 1999³¹; Rest & Narvaez, 1994³²; Moll et al, 2007³³; Han, 2017³⁰; Tachibana 2017³⁴; Tachibana 2017³⁵.

^G Inspirado nos autores: Gracia, 2001⁴⁶; Gracia, 2002⁴⁷; Gracia, 2014⁵²; Loch, 2008⁴⁴; Zoboli, 2013⁴⁵; Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015⁴⁹; Acosta, Oelke, Lima, 2017⁵⁰; Schaefer; Vieira, 2015⁵¹; Legault, 2014⁵⁵; Legault, 2016⁴⁸.

^H Inspirado nos autores: Moratalla, 2016³⁶; Moratalla, 2014³⁹; Feito Grande, 2016³⁷; Almazán García, 2017³⁸; Manchola, 2017⁴⁰; Manchola, 2014⁴²; Lima, Cambra, 2013⁴¹; Stein, 2016⁴³.

A bioética narrativa é uma forma de fazer bioética e uma perspectiva ou modo de ver as realidades e os problemas, aportando a narração como acesso sensível ao outro e a si mesmo e, assim, combatendo a despersonalização dos processos assistenciais.

A narratividade estimula a problematização, a imaginação e a criatividade, sendo recurso valioso no processo de formação ética e construção de competências morais.

Da Sensibilidade moral^I

A Sensibilidade Moral se constitui em elemento central (dimensão intelectual) para a percepção e compreensão dos profissionais sobre os problemas éticos e promoção de comportamentos morais.

A sensibilidade moral está intimamente relacionada ao raciocínio moral, visto que o profissional deve conhecer seu código de ética, legislação do exercício profissional e possíveis conflitos suscetíveis de ocorrência, para diante deles, ao reconhecê-los, identificar o que é o correto a ser feito, preservando a saúde, a segurança e os direitos do paciente.

A educação ético moral amplia a sensibilidade humana, que por sua vez, irá aumentar as habilidades de percepção de dimensões morais implicadas em situações problemáticas, capacitando a pessoa para o processo de deliberação moral, desenvolvendo competências para o agir moralmente.

Pressupostos metodológicos

Do Ensino Simulado para a Deliberação Moral e para a Abordagem de Problemas Éticos na Formação em Saúde^J

O ensino simulado como estratégia no desenvolvimento de competências na formação em saúde, possibilita a criação de um ambiente realístico, com etapas bem delimitadas que facilitam a participação ativa do aluno na relação teoria e prática, reflexão e ação, tornando possível aplicar o conhecimento apreendido em um ambiente controlado, permitindo a repetição e a avaliação na etapa do *debriefing*.

^I Inspirado nos autores: Lützén, Dahlqvist, Eriksson, Norberg, 2006¹⁵; Comrie, 2012¹⁶; Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017⁹; Borhani et al, 2015²; Tuvevsson, Lützén, 2016²⁰; Park, Kjervik, Crandell, Oermann, 2012¹⁹.

^J Inspirado nos autores: Oliveira, Massaroli, Martini, Rodrigues, 2018⁷⁰; Bland, Topping, Wood, 2011⁷¹; Neves; Pazin-Filho, 2018⁷²; Fabri et al, 2017⁷³; Zoboli, 2013⁴⁵.

O ensino simulado da deliberação moral proporciona a abordagem dos problemas éticos inerentes à prática profissional em uma situação realística, contribuindo para o aprendizado a partir da discussão em equipe, diálogo que respeita outros pontos de vista, abrindo um leque de possibilidades de cursos de ação, evitando que o problema se torne um dilema.

O ensino simulado da deliberação moral oferece a possibilidade do aluno refletir sobre o que faria na teoria (idealização) e o que realmente faz (simulação), mobilizando conhecimentos e sentimentos. O método da deliberação moral organiza, direciona e contribui com a reflexão sobre as possibilidades de tomada de decisão na abordagem de problemas éticos na formação em saúde.

Da Discussão de Problemas Éticos/Casos para a Deliberação Moral^K

O ponto de partida para a deliberação é um caso ou situação concreta que mobiliza ou demanda uma deliberação moral, no qual se identifica uma questão moral, que deve ser adequadamente formulada, compartilhada pelos participantes, reconhecendo os afetados pelo problema, seus valores e os interesses envolvidos.

A formulação do caso ou problema moral a ser abordado deve ter referência na realidade das práticas e dos cenários da formação em saúde, incorporando a pluralidade de visões sobre o problema, de potenciais conceitos e valores apoiadores da reflexão, de alternativas de ação e de consequências tangíveis.

O conjunto de pessoas, estudantes e profissionais, funciona como grupo deliberativo, devendo expressar autonomia, compromisso, responsabilidade e conhecimentos; ser heterogêneo, ampliado em saberes e perspectivas.

A dinâmica e grupo devem ser conduzidos de forma flexível, equilibrada, tolerante; evitando ansiedades, inseguranças, intimidações e frustrações, uma vez que requer diversidade de competências e envolvimento.

O facilitador ou mediador do processo argumentativo-deliberativo, não influenciado pela hierarquia profissional, deve ser capaz de trabalhar com relações de poder e emoções, garantir a escuta de diferentes perspectivas, de promover o diálogo moral aberto e construtivo, apoiando o raciocínio conjunto e o planejamento de ações.

^K Inspirado em autores que abordam o processo de deliberação moral na perspectiva da bioética clínica, a exemplo do referencial de Diego Gracia⁴⁶, ou da metodologia “Moral Case Deliberation” (Tan, ter Meulen, Molewijk et al, 2018⁶⁷; Svantesson, Silén, James, 2017⁶⁸; Molewijk et al, 2008⁶²; Molewijk et al, 2008⁶⁴; Molewijk et al, 2008⁶⁵; Plantinga et al, 2012⁶⁶; van Der Dam et al, 2011⁶¹; van Der Dan et al, 2013⁵⁴; Molewijk; Kleinlugtenbelt; Widdershoven, 2011⁵³).

O momento educativo, de simulação ou de sessão deliberativa requer preparo, ambiente favorável e tempo para o desenvolvimento de todas as etapas e reflexões.

A abertura para a criatividade, a imaginação e o diálogo devem dirigir a escolha de recursos adicionais, que ampliam o foco da descrição do caso para o desenvolvimento da sensibilidade, articulando a dimensão racional e afetiva, pela representação artística e simbólica na tarefa educativa.

Referências (Parte 1)

1. Eizenberg MM, Desivilya HS, Hirschfeld MJ. Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *J Adv Nurs*. 2009 Apr; 65(4):885-92. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x>.
2. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Farahani MJH. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2017 Jun; 24(4):474-82. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733015604700>.
3. Jameton A. *Nursing Practice: The ethical issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
4. Hardingham LB. Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. *Nurs Philos*. 2004 Jul;5(2):127-34. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00160.x>
5. Lützén K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nurs Ethics*. 2003 May;10(3):312-22. Doi: <https://doi.org/10.1191/0969733003ne608oa>
6. Oguisso T, Schmidt MJ, Freitas GF de. Ética e a bioética na enfermagem. In: *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
7. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. *Texto contexto-enferm*. 2012 Mar; 21(1):200-208. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100023>.
8. Bordignon SS, Lunardi VL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG, Lunardi Filho WD, Barlem ELD, Zacarias CC. Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro. *Rev enferm UERJ*. 2011 Jan/mar; 19(1):94-9.
9. Dalla Nora CR, Zoboli E, Vieira MM. Sensibilidade moral dos enfermeiros avaliada por Scoping Review. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(2): e47162. DOI <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.47162>.

10. Lang KR. The Professional ills of moral distress and nurse retention: Is ethics education an antidote? *Am J Bioeth.* 2008 Apr; 8(4):19-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15265160802147181>.
11. Sporrong SK, Höglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics.* 2006 Jul; 13(4):416-27. Doi: <http://dx.doi.org/10.1191/0969733006ne880oa>.
12. Nathaniel A. Moral Reckoning in nursing. *West J Nurs Res.* 2006 Jun; 28(4):419-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0193945905284727>.
13. Ferreira HM, Ramos LH. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(3): 328-31.
14. Ramos FRS, Brehmer LCF, Vargas MAO, Schneider DG, Drago LC. A ética que se constrói no processo de formação de enfermeiros: concepções, espaços e estratégias. *Rev. Latin- Am Enfermagem.* 2013 21(esp): 113-121. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700015>.
15. Lützén K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics.* 2006 Mar; 13(2):187-96. Doi: <http://dx.doi.org/10.1191/0969733006ne837oa>
16. Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics.* 2012 Jan; 19(1):116–127. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733011411399>.
17. Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachada AA. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Rev bioét.* 2018; 23(3):333-42. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>.
18. Ahn S, Yeom HA. Moral sensitivity and critical thinking disposition of nursing students in Korea. *Int J Nurs Pract.* 2014 Oct; 20(5):482-9. Doi: 10.1111/ijn.12185.
19. Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nurs Ethics.* 2012; 19(4): 568–80. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733011433922>
20. Tuvesson H, Lützén K. Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nurs Ethics.* 2017; 24(7):847-55. Doi: 10.1177/0969733015626602.
21. Schneider DG. Discursos profissionais e deliberação moral: análise a partir de processos éticos de Enfermagem. [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2010.
22. Cortina A. Neuroética y neuropolítica. Sugerencias para la educación moral. Tecnos: Madrid. 4ed. 2014. Reimpressão 2018. 262p.

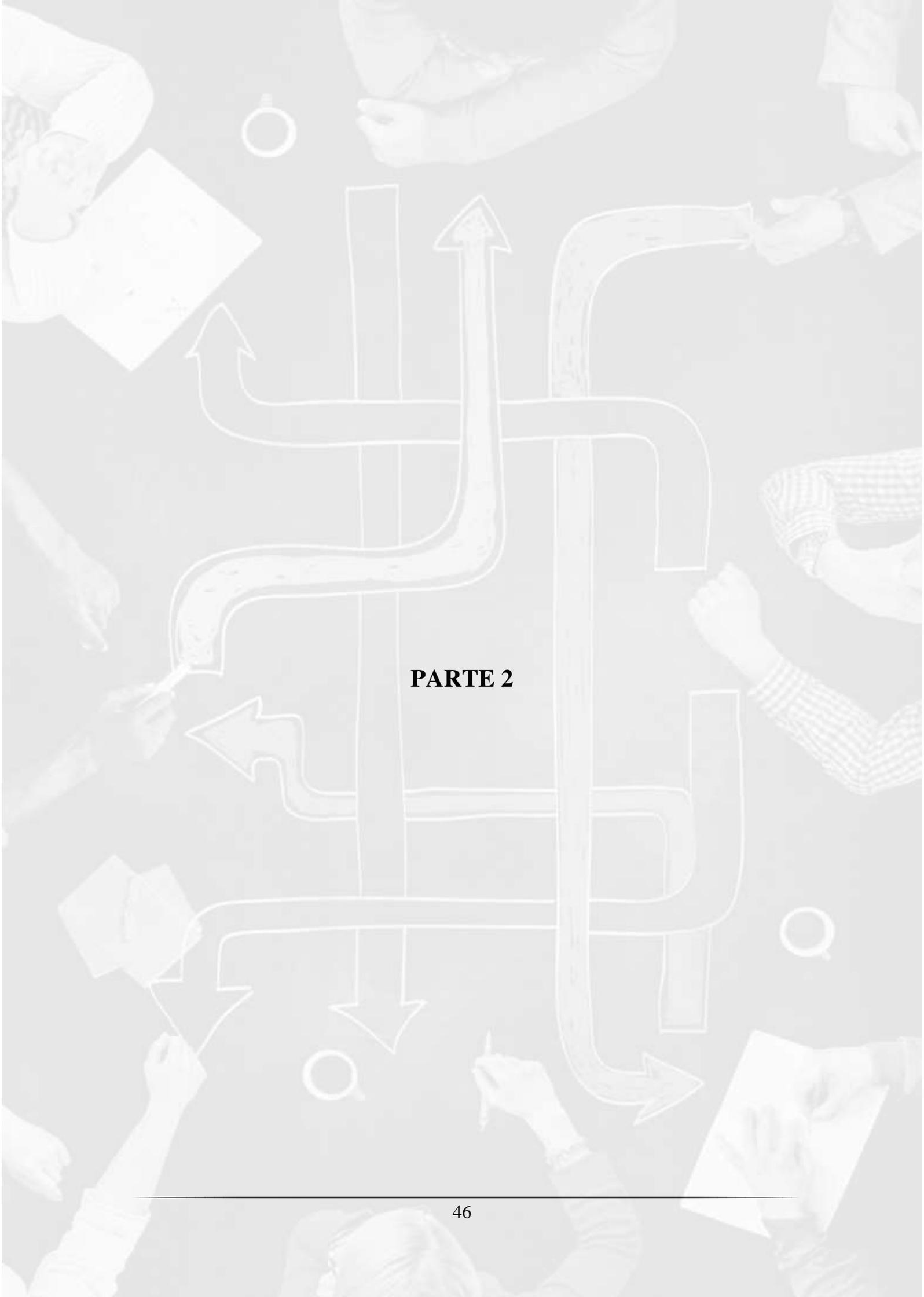
23. Pickersgill M. The social life of the brain: neuroscience in society. *Current Sociology*. 2013; 61(3):322–340. Doi: <https://doi.org/10.1177/0011392113476464>.
24. Cortina A. Neuroética: Las bases cerebrales de una ética universal con relevância política? *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. 2010; 42:129-148.
25. Felip MJC. *Neuroeducación en virtudes cordiales: cómo reconciliar lo que decimos con lo que hacemos*. 1 ed. Barcelona: Octaedro; 2015. 169 p.
26. Béjar M. Una mirada sobre la educación: neuroeducación. *Padres y Maestros*. [Internet]. 2014; [citado 2019 Mai 15]; 10(355): 49-52. Disponível em: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/padresymaestros/article/view/2622/2322>.
27. Rodgers DL. The Biological Basis of Learning: Neuroeducation Through Simulation. *Simulation & Gaming*. 2015 Jul; 46(2):175-86. Doi: <https://doi.org/10.1177/1046878115590585>
28. Tokuhamma-Espinosa TN. The scientifically substantiated art of teaching: a study in the development of standards in the new academic field of neuroeducation (mind, brain, and education science). United States. *Dissertação [Mestrado em Filosofia]*. Capella University; 2008.
29. Zaro MA, Rosat RM, Meireles LOR, Spindola M, Azevedo AMP, Bonini-Rocha AC, et al. Emergência da Neuroeducação: a hora e a vez da neurociência para agregar valor à pesquisa educacional. *Ciências & Cognição*. [Internet]. 2010 [citado 2019 Mai 15]; 15(1): 199-210. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v15_1/m276_10.pdf
30. Han H. Neural correlates of moral sensitivity and moral judgment associated with brain circuitries of selfhood: A meta-analysis. *J Moral Educ*. 2017; 46(2): 97-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03057240.2016.1262834>.
31. Bebeau MJ, Rest JR, Narvaez D. Beyond the Promise: A Perspective on Research in Moral Education. *Educ Res*. 1999 May; 28(4):18-26. Doi: <https://doi.org/10.3102/0013189X028004018>
32. Rest JR, Narvaez D. *Moral development in the professions: Psychology and applied ethics*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
33. Moll J, de Oliveira-Souza R, Garrido GJ, Bramati IE, Caparelli-Daquer EM, Paiva ML, et al. The self as a moral agent: Linking the neural bases of social agency and moral sensitivity, *Social Neuroscience*. 2007; 2(3-4):336-352, DOI: <https://doi.org/10.1080/17470910701392024>.
34. Tachibana K. Neurofeedback-Based Moral enhancement and the notion of morality. *Annals of the University of Bucharest Philosophy Series*. 2017; LXVI(2):25-41.
35. Tachibana K. Neurofeedback-Based moral enhancement and traditional moral education. *Humana Mentis Philosophical Studies*. 2017; 33:19-42.

36. Moratalla TD. La bioética será narrativa o no será – una cuestión de perspectiva. *Bioética Complutense* [Internet]. 2016 Sep [citado em 2018 Nov 17]; 27:7-11. Disponível em: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2016-10-07-Biotica-Complutense2027.pdf>.
37. Feito Grande L. La importância de la competência narrativa. *Bioética Complutense* [Internet]. 2016 Sep [citado 2019 Abr 6]; 27:2-3. Disponível em: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2016-10-07-BioéticaComplutense29.pdf>.
38. Almazán García G. La importância de la razón narrativa para la deliberación (2ª parte). *Bioética Complutense* [Internet]. 2017 Mar (citado 2019 Abr 6); 29:8-13. Disponível em: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2017-04-06-BioéticaComplutense29.pdf>.
39. Moratalla TD. La ética narrativa como fundamento del encuentro entre cine y bioética. In: CapellaVB. (Org.) *Bioética y cuidados de enfermeira*. Vol. 1. Valencia-Espanha: CECOVA; 2014 [citado 2018 Nov 19]. Disponível em: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_75.pdf
40. Manchola C. Tres apuestas por una bioética práctica. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017; 25 (2): 264-74.
41. Lima NS, Cambra IB. El origen narrativo de la bioética. *Estética y subjetividad en las primeras obras de Fritz Jahr*. *Anu. Investig. [Internet]* 2013 [citado 2019 Mar 15]; 20(2):291-9. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v20n2/v20n2a36.pdf>.
42. Manchola C. Por una bioética distinta: narrativa y latino-americana. *Rev. Redbioetica/UNESCO* [Internet]. 2014 (citado 2018 Nov 17); 2(10): 70-80. Disponível em: http://www.unesco.org/ushs/red-bioetica/fileadmin/ushs/redbioetica/Revista_10/Art7-Manchola-R10.pdf.
43. Stein M. Uma abordagem narrativa da bioética: a ética da autenticidade e as tecnologias de aprimoramento. *PERI* [Internet]. 2016 [citado 2018 Nov 16]; 8(1): 81-103. Disponível em: <http://www.nexos.ufsc.br/index.php/peri/article/viewFile/1068/843>.
44. Loch J. *Bioética, interdisciplinariedade e prática clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008.
45. Zoboli E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. Bioét [Impr.]*. 2013;21(3):389-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a02v21n3.pdf>
46. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med. Clin*. 2001; 117(1):18-23.
47. Gracia D. De la bioética clínica a bioética global: treinta anos de evolução. *Acta Bioethica*. 2002; 8(1):27-39.

48. Legault GA. La délibération éthique au coeur de l'éthique appliquée. *Revue Française D'Éthique Appliquée*. [Internet] 2016 [citado 2019 Abr 18]; 1(1):37-44. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2016-1-page-37.htm>.
49. Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bioet. (Impr)* 2015 Abr; 23(1):114-23. Doi: 10.1590/1983-80422015231052.
50. Acosta AM, Oelke ND, Lima MADS. Considerações teóricas do diálogo deliberativo: contribuições para prática, política e pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 2]; 26(4):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0520017.pdf>.
51. Schaefer R, Vieira M. Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem. *Rev. Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(2):563-73. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001032014>.
52. Gracia D. La deliberación como método de la bioética. In: Porto D, Schlemper Jr. BR, Martins GZ, Cunha T, Hellmann F. (Orgs.) *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. v. 2. Brasília- DF: Conselho Federal de Medicina & Sociedade Brasileira de Bioética; 2014.
53. Molewijk, B.; Kleinlugtenbelt, D.; Widdershoven, G. The role of emotions in moral case deliberation: theory, practice, and methodology. *Bioethics*. 2011 Sep; 25(7):383-93. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01914.x.
54. van der Dam S, Schols JM, Kardol MJ, Molewijk BC, Widdershoven GA, Abmad TA. The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. *Social Science & Medicine* [online]. 2013; 83: 125-32. Doi: 10.1016/j.socscimed.2013.01.024.
55. Legault GA. Ethical deliberation for bioethics: capacitating ethical reasoning in the classroom. In: Porto D, Schlemper Jr. BR, Martins GZ, Cunha T, Hellmann F. (Orgs.) *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. Vol. 2. Brasília- DF: Conselho Federal de Medicina & Sociedade Brasileira de Bioética; 2014.
56. Dubar C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
57. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em odontologia. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014; 12(2):343-61.
58. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):3033-3042. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000028>.

59. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. O cuidado ético-pedagógico no processo de socialização profissional: por uma formação ética. *Interface (Botucatu)*. 2012 Dez;16(43):981-93. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000046>.
60. Ramos FRS, Do Ó JR. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009 June; 13(29): 259-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000200002>.
61. Van Der Dam S, Abma TA, Molewijk AC, Kardol MJ, Schols JM, Widdershoven GA. Organizing moral case deliberation Experiences in two Dutch nursing homes. *Nursing Ethics*. 2011; 18 (3):327–40. DOI: 10.1177/0969733011400299.
62. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics [online]*. 2008 [citado 2018 Dez 19]; 34(2): 120-4. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.018580>. Disponível em: <http://jme.bmj.com/content/34/2/120>.
63. Stolper M, Molewijk B, Widdershovenn GAM. Learning by Doing. Training Health Care Professionals to Become Facilitator of Moral Case Deliberation. *HEC Forum*. [Internet] 2014 [citado 2018 Nov 19]; 27(1):47-59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25218568>.
64. Molewijk B, Van Zadelhoff E, Lendemeijer B, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in Dutch health care; Improving moral competency of professionals and the quality of care. *Bioethica Forum*. [Internet], 2008 [citado em 2018 Dez 19]; 1(1): 57–65. Disponível em: http://www.bioethica-forum.ch/docs/08_1/1_08_12.pdf.
65. Molewijk B, Verkerk M, Milius H, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*. [Internet] 2008 Mar [citado 2018 Dez 19]; 11(1): 43–56. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-007-9103-1>.
66. Plantinga M, Molewijk B, de Bree M, Moraal M, Verkerk M, Widdershoven GAM. Training healthcare professionals as moral case deliberation facilitators: evaluation of a Dutch training programme. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 38(10): 630–5. Doi: 10.1136/medethics-2012-100546.
67. Tan DYB, ter Meulen BC, Molewijk A, Widdershoven G. Moral case deliberation. *Pract Neurol*. 2018; 18:181–6. doi:10.1136/practneurol-2017-001740.
68. Svantesson M, Silén M, James I. It's not all about moral reasoning: understanding the content of moral case deliberation. *Nursing Ethics*. 2018; 25(2): 212-29. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733017700235>.
69. Schneider DG, Ramos FRS. Moral deliberation and nursing ethics cases: elements of a methodological proposal. *Nursing Ethics*. 2012; 19(6):764-76. DOI: 10.1177/0969733011420096.

70. Oliveira SN, Massaroli A, Martini JG, Rodrigues J. From theory to practice, operating the clinical simulation in Nursing teaching. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1791-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>.
71. Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2011; 31(7):664-70.
72. Neves FF, Pazin-Filho A. Construindo cenários de simulação: pérolas e armadilhas. *Sci Med*. 2018;28(1):ID28579. DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28579>.
73. Fabri RP, Mazzo A, Martins JCA, Fonseca AS, Pedersoli CE, Miranda FBG, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03218. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016016403218>.



PARTE 2

A DELIBERAÇÃO MORAL: MÉTODO PARA UMA BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE

Mirelle Finkler

[...] 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 vislumbramento de um novo mundo mais humano; ou seja, de uma nova cultura.^{1:39} (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.²

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.³

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”.^{4:13} Mas a que deliberação precisamente nos referimos?

Pose^{5:88} (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 reflexão”.⁶ 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.⁵

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.²

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.⁷

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.⁷

Neste texto, abordamos a deliberação moral a partir da concepção teórico-filosófica e proposta metódica de Diego Gracia⁴, que a resgata de Sócrates^L e, especialmente, de Aristóteles, que foi quem a introduziu e sistematizou^M. Apesar da origem clássica^N, 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.⁵

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 décadas⁸ (I); em nossas experiências formativas e de pedagogia deliberativa na educação superior em saúde⁹ (II); no reconhecimento do seu valor prático-instrumental e na apreciação de sua fundamentação teórica (III) 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

^L 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 “maiêutica”), para descobrir os limites da sabedoria.¹⁰

^M 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)”.^{10:74}.

^N 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*).^{5:65}

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.^{10:172} (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 também, aos seus conhecimentos em História da Medicina e Antropologia Médica. Reconhecido por seu 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.¹¹

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”¹² tem, como eixo central, a axiologia^O da vida - a bioética como construção e realização de valores,¹³ como fundamento dos juízos morais, uma ética de responsabilidade^P, e como método, a deliberação moral.¹⁰

A “Bioética de Responsabilidade” de Diego Gracia possui três características fundamentais: I. 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; II. A autonomia em relação às religiões, às leis e à técnica, e III. Seu caráter prudencial e deliberativo. Desta forma, sua produção - de uma bioética clínica a uma bioética global - vem estruturando um

^OAo 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.

^P A ética da responsabilidade nasceu em princípios do século XX no contexto do existencialismo. Tratou de responder a 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.^{5:103-104}

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.¹⁰ Entendendo que a bioética é em essência deliberação, considera que poderá guiar tal transformação,¹ a partir de juízos morais fundamentados numa perspectiva secular, plural, autônoma, razoável e responsável.¹⁰

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, 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.¹⁴

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.¹⁵ 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.^{12,15} 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.^{16:231-232} (tradução nossa)

Existem conflitos de fatos, conflitos de valores e conflitos de deveres. E também 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.¹⁵

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.^{13,16}

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.^{13,16}

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 *prima 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.^{13,16}

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 opinião^Q. 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.¹⁶⁻¹⁷

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 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.¹⁴

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.¹⁴ Todas, formas de atuação que reforçam o modelo de relação clínica paternalista, na contramão do modelo emancipatório.⁵

^QA 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.^{4:136}

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 irredutíveis. A dilematização de um conflito moral costuma ser fruto da angústia.¹⁶ 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 valores^R. A postura dilemática parte do pressuposto de que haveria uma decisão correta a ser seguida e apenas uma.¹⁷ Na discussão bioética, esta redução das possibilidades de ação a apenas duas posições antagônicas tem sido chamada de “falácia dilemática”^S.¹⁸

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.¹⁴ Para lidar com a incerteza controlando a angústia devemos seguir um método que nos indica como analisar uma questão e tomar uma decisão: o método da deliberação.¹⁹

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

^R 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.

^S 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.^{18:198}

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.¹⁹ 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.²⁰

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.^{16,19} 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.¹⁶

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.¹⁴

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.¹⁹ Todos os afetados pelas consequências das decisões são agentes morais válidos²¹ 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.¹⁴

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.^{19,21}

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.¹⁹ Seu itinerário pode ser observado no quadro 1.

Quadro 1 – Etapas do método de deliberação moral. Fonte: Gracia¹⁶

<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>

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.¹⁶ 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 problema²⁰ 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.¹⁶ 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 tratam de problemas é adequado formulá-los como perguntas. E como se tratam de problemas éticos, o verbo da frase há de ser, preferencialmente, o verbo “dever”.¹⁶

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



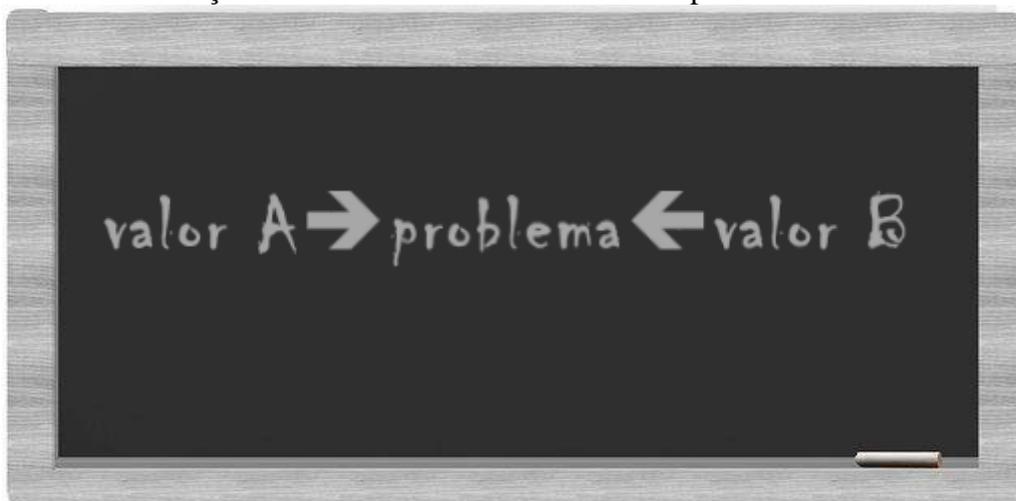
Identificar e comunicar problemas éticos são habilidades a serem treinadas. Ao fazê-lo, vamos aumentando a sensibilidade ética, melhorando a capacidade de compreender e expressar problemas morais, e enriquecendo nossa perspectiva a partir da escuta atenta dos demais. Tais ações, além de contribuir com 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.¹⁶

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.¹⁶ 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.

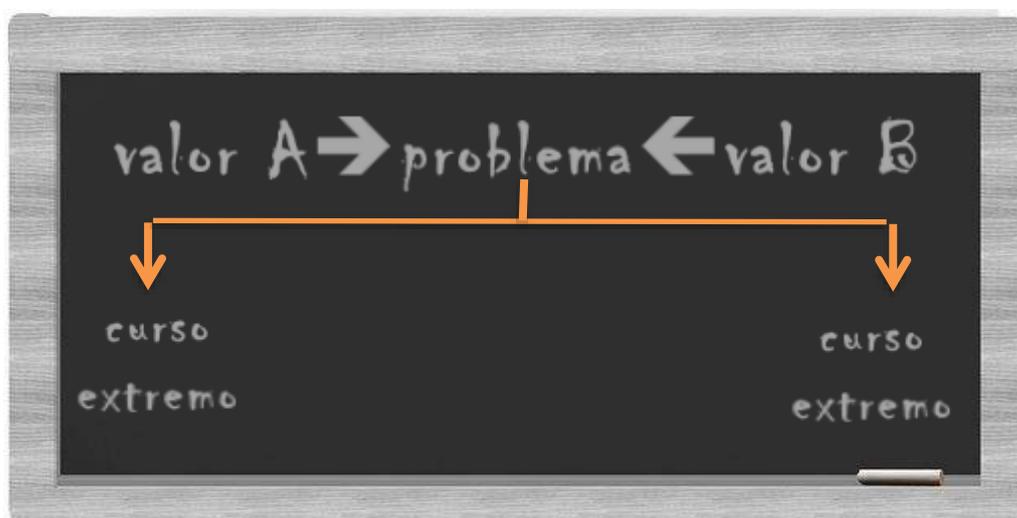


“Um conflito de valores mal definido compromete o restante do processo deliberativo, pois se perde a essência do caso [...] [portanto] requer atenção dobrada”.^{20:56} Esta é uma das etapas que resultam mais difíceis às pessoas pouco experientes no método, mas à medida que vão deliberando os valores 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.¹⁶ Desta forma, devem ser considerados sempre como soluções extraordinárias, de exceção”.^{20:56}

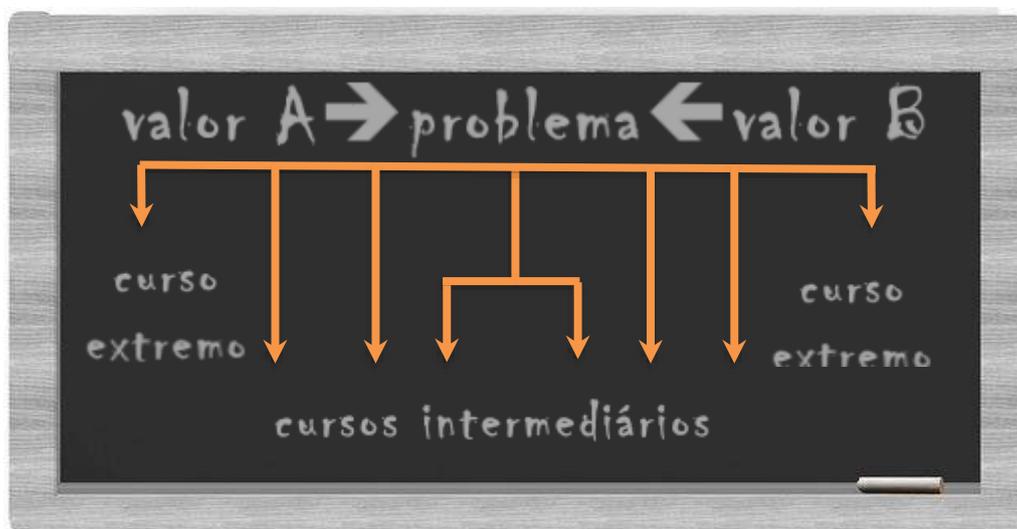
Figura 3 - Identificação dos cursos de ação extremos na 6ª etapa do método deliberativo.



O passo seguinte consiste em identificar cursos de ação intermediários (Figura 4), que partem dos extremos rumo ao centro, onde costuma estar a solução mais prudente, evidenciando assim a racionalidade problemática que fundamenta a deliberação.²⁰ 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.¹⁶

Figura 4 - Identificação dos cursos de ação 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.¹⁶ 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?¹⁶

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.¹⁶

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.^{16,19}

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.

Quadro 2 - Distribuição de tempo entre as atividades relacionadas às etapas do método.

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

Adaptado de Gracia^{4:49}

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

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

O coordenador da sessão de deliberação DEVE:

- Ser experiente no método, pois é necessário dominar essa habilidade para a condução proveitosa do processo
- Ter formação adequada ao caso e conhecimentos técnicos suficientes sobre os fatos
- 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
- Controlar o tempo e conceder a palavra a todos, evitando conversas cruzadas ou falas muito longas;
- 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)
- 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
- 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
- Justificar o porquê de não se voltar a etapas anteriores do processo, quando algum participante faz uma colocação pertinente a uma daquelas etapas
- Estar muito atento para exigir respeito quando houver qualquer tipo de conflito entre os participantes
- 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
- Se esforçar ao máximo para não se impor
- Roduzir 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
- Se valer, opcionalmente, 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

Adaptado de Gracia^{4:50}

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 Complutense^T, 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,^{16:259} 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

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

século XXI, uma função social de primeira ordem, promover a deliberação, não apenas no âmbito sanitário, mas em toda a sociedade.

Referências

1. Gracia D. De la bioética clínica a bioética global: treinta anos de evolución. *Acta Bioethica*. 2002; 8(1):27-39.
2. 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.
3. Gomes D.; Parisi S. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15(2):347-71.
4. Gracia D. The mission of ethics teaching for the future. *Int. J. Ethics Educ*. 2016; 1:7-13.
5. Pose C. *Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica*. Triacastela: Madrid; 2009. 133p.
6. Dicio. Dicionário online de português. [citado 2019 Jun 11]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/deliberacao/>.
7. Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Bioética*. 2015; 23(15):114-23.
8. Gomes D, Finkler M, Siurana JC. Melhoramento ético das práticas em saúde: comitês de Bioética em Espanha e Brasil. *RIB*. 2017; (4): 1-17.
9. Finkler M, Negreiros DP. Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. *Rev. ABENO*. 2018; 18(2):37-44.
10. Pose C. *Bioética de la responsabilidad: de Diego Gracia a Xavier Zubiri*. Triacastela: Madrid; 2011. 178p.
11. Cortina A. Discurso de contestación. In: Gracia D. *La cuestión del valor*. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid; 2011. 186-203p.
12. Zoboli E. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. *RIB*. 2016; (2):1-19.
13. Gracia D. *La cuestión del valor*. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid; 2011. 203p.
14. Gracia D. (coord.) *Ética y ciudadanía: construyendo la ética*. PPC: Madrid; 2016. 307p.
15. Gracia D. Prólogo a la segunda edición. In: Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Triacastela: Madrid; 2007. p.1-8.

16. Gracia D. La deliberación como método da bioética. In: Porto D, et al (Org.). Bioética: saúde, pesquisa, educação. CFM/SBB: Brasília; 2014. v.2. p. 223-259.
17. Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. Med Health Care Philos. 2001; 4(3):223-32.
18. Junges JR. Falácia dilemática nas discussões da bioética. Bioética. 2019; 27(2):196-203.
19. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med. Clin. 2001; 117(1):18-23.
20. Zoboli E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. Bioethikos. 2012; 6(1): 49-57.
21. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. Med Health Care Philos. 2003;6(3):227-33.

4

SIMULAÇÃO CLÍNICA COMO MÉTODO DE ENSINO

Saionara Nunes de Oliveira, Marina Silva Sanes, Jussara Gue Martini

Concepções sobre simulação

A simulação, em seu significado genuíno, trata de uma imitação da realidade. Simula-se por meio de jogos, da arte, dos treinamentos para guerra, da aviação e, também, no ensino em saúde. Na saúde, a simulação auxilia no desenvolvimento de um cuidado prestado às pessoas, grupos e comunidades, com maior domínio do conhecimento, habilidade e atitude. Um cuidado que deve, necessariamente, ser ofertado de modo competente, ético e com alta qualidade.

A simulação clínica é a recriação de uma situação do cotidiano dos atendimentos de saúde, selecionada para desenvolver competências específicas elencadas pelo professor, guiada pelo plano de ensino da disciplina ou curso em questão. Com forte influência da aviação que utilizava programas sistemáticos de treinamento de voo desde 1930, a simulação vem sendo incorporada na educação há pelo menos três décadas.¹

Gaba² afirma que a simulação é uma técnica e não uma tecnologia. Isso significa que não são os aparatos tecnológicos que determinam o uso ou não da simulação e sim a forma como ela é aplicada nos modos de ensinar, independente dos recursos utilizados para este fim. Merhy³ contribui apresentando uma classificação de tecnologia mais abrangente que incorpora tanto os equipamentos (tecnologia dura) quanto os processos (tecnologia leve-dura) e relações (tecnologia leve). A partir desta definição pode-se classificar a simulação clínica como uma tecnologia leve-dura, já que é uma forma de ensinar, com etapas bem delimitadas e não se resume ao uso do simulador.

Um estudo analisou diferentes conceitos atribuídos à simulação e apresentou uma definição que engloba todos os outros, que é a simulação clínica como:

[...] um processo dinâmico, que envolve a criação de uma oportunidade hipotética, que incorpora uma representação autêntica da realidade, facilitando a participação ativa do aluno e integrando as complexidades do aprendizado prático e teórico com oportunidades para a repetição, feedback, avaliação e reflexão.^{4:668}

A teoria da aprendizagem experiencial, neste caso, é uma das mais utilizadas quando se trata de simulação clínica. Essa teoria, desenvolvida por David Kolb,⁵ apresenta

a aprendizagem como o resultado de uma reflexão sobre a experiência vivida. O ciclo de Kolb prevê que o indivíduo que vivencia uma experiência concreta e pode observá-la de modo reflexivo, consegue teorizar sobre essa vivência e ressignificá-la, para assim modificar sua prática futura. Este processo, conhecido como Ciclo da Aprendizagem Experiencial sustenta e dialoga com os pressupostos pedagógicos que ancoram o uso da simulação clínica no ensino das profissões da saúde, tanto na formação inicial, quanto nos processos de formação permanente e continuada.⁵

Diante disso, são objetivos deste capítulo refletir sobre o uso da simulação clínica como método de ensino na enfermagem, considerando o processo de escolha da simulação clínica, os elementos envolvidos no planejamento da experiência de simulação, os papéis docentes e estudantis na simulação clínica e as implicações éticas no uso desta ferramenta.

O capítulo está organizado a partir de questões disparadoras que podem auxiliar os leitores no percurso de aproximação com o texto, que se propõe a servir mais como uma ponte de diálogos sobre o tema do que um texto modo-de-fazer simulação. A partir das experiências das autoras, costuradas com a literatura disponível, espera-se que a organização das ideias aqui trazidas possa oferecer condições de aprendizagem e de criação para aqueles que têm interesse no tema.

Utilização da simulação na enfermagem

A enfermagem sempre utilizou simulação para ensinar suas técnicas de cuidado, seja através de uma laranja para a aplicação de injetáveis ou com uso de demonstrações entre colegas, dos posicionamentos no leito, aplicação de bandagens, ou ainda utilizando os manequins, inicialmente confeccionados de pano e atualmente chamados simuladores de pacientes, comercializados para esta finalidade.

O que antes era apenas uma forma de ilustrar um conhecimento teórico, permitindo a visualização de suas etapas, passou a ganhar cada vez mais espaço nos ambientes acadêmicos, visando aumentar a segurança do paciente, as oportunidades de experiências clínicas e aprendizagem reflexiva.

A Associação Internacional de Enfermagem para Simulação Clínica e Aprendizagem (INACSL)⁶ desenvolveu os Padrões de Melhores Práticas do INACSL, baseando-se em evidências científicas, que tem objetivo de proporcionar melhor

aprendizagem para oferta de cuidado mais efetivo ao paciente. São organizados em 11 critérios: (Quadro 1).

Quadro 1 - Padrões de Melhores Práticas da Associação Internacional de Enfermagem para Simulação Clínica e Aprendizagem (INACSL, 2016)⁶

Padrões de Melhores Práticas da Associação Internacional de Enfermagem para Simulação Clínica e Aprendizagem (INACSL, 2016)⁶
1. Realize uma avaliação de necessidades para fornecer a evidência fundamental da necessidade de uma experiência baseada em simulação bem projetada.
2. Construa objetivos mensuráveis.
3. Estructure o formato de uma simulação com base na finalidade, teoria e modalidade para a experiência baseada em simulação.
4. Crie um cenário ou caso para fornecer o contexto para a experiência baseada em simulação.
5. Use vários tipos de fidelidade para criar a percepção necessária de realismo.
6. Mantenha uma abordagem facilitadora que seja centrada no participante e orientada pelos objetivos, conhecimentos dos participantes ou nível de experiência e os resultados esperados.
7. Comece as experiências baseadas em simulação com uma pré-aprendizagem (briefing).
8. Siga as experiências baseadas em simulação com uma sessão de debriefing e/ou feedback.
9. Inclua uma avaliação dos participantes, facilitadores, da experiência baseada em simulação, da instalação e da equipe de suporte.
10. Forneça materiais e recursos de preparação para promover a capacidade dos participantes de cumprir os objetivos e alcançar os resultados esperados da experiência baseada em simulação.
11. Faça um teste piloto das experiências baseadas em simulação antes da implementação completa.

Fonte: Associação Internacional de Enfermagem para Simulação Clínica e Aprendizagem (2016)⁶ (tradução nossa)

Por que utilizar simulação clínica?

De modo crescente, a simulação clínica foi constituindo espaço na formação dos profissionais de saúde tanto devido aos avanços na área de segurança do paciente, direitos dos usuários dos serviços de saúde, passando pela responsabilidade legal dos centros formadores de recursos humanos em saúde e, mais recentemente, pela ideia de ambientes seguros de aprendizagem.

Na perspectiva de construção do conhecimento, segundo a Pirâmide de Miller⁷, o conhecimento organiza-se num modelo hierárquico de 4 níveis: Saber, Saber como, Mostrar como e Fazer. O “Mostrar como” é uma etapa importante para profissionais da área da saúde que devem estar aptos a atender pacientes reais com um nível suficiente de embasamento teórico e prático. A simulação garante este espaço de aprendizado que une o conhecimento teórico (saber) com uma situação clínica (saber como) e uma necessidade de atuação (mostrar como) para uma prática clínica segura (fazer).⁷

Já pelo viés prático-conceitual da Segurança do Paciente, documenta-se na literatura o expressivo número de mortes decorrentes de erros cometidos por profissionais de saúde, a partir do relatório “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” da *National Academy of Sciences*, publicado no ano 2000, tendo como uma das estratégias para diminuição dos erros o uso da simulação.⁸ Em estudo recente com estudantes de enfermagem, autoras identificaram a simulação como um momento oportuno para revisão de erros evitáveis no futuro, o que contribui para o aumento da segurança do paciente.⁹

A simulação clínica permite que eventos que demandam ações complexas como a tomada de decisão, que exige ética, responsabilidade profissional e acionamento de recursos emocionais e psicológicos possam acontecer em espaço seguro de aprendizagem, cuja experiência permita “preparo emocional dos futuros enfermeiros, pois, ao propiciar que os alunos pratiquem suas habilidades em ambientes seguros, sentimentos como ansiedade e estresse podem ser trabalhados e um melhor aprendizado alcançado”.^{10:1030}

Embora a própria história da enfermagem brasileira demonstrasse, desde a sua criação no início do século XX a utilização de simuladores e uma preocupação a priori com o paciente, não havia necessariamente uma preocupação explícita/consciente com o estudante. Desde então, o avanço nos estudos sobre simulação e o seu uso como método de ensino, vem agregando tanto a segurança do paciente quanto a oferta de ambiente seguro para a aprendizagem.

Por onde começar?

Mapear as necessidades para o adequado desenvolvimento de um processo de simulação que considere os padrões acima descritos e contemple uma estrutura lógica no processo de ensino-aprendizagem parece ser um dos maiores desafios para docentes e instrutores, porque implica ter claro o motivo pelo qual se adota a simulação clínica como método de ensino. Neste momento inicial, é preciso considerar algumas dimensões que podem auxiliar as pessoas e/ou grupos que estão liderando este processo.

A dimensão pedagógica é uma das perspectivas que deve ser mais bem planejada e estruturada por tratar da intencionalidade pedagógica que o professor coloca no uso da simulação clínica. Gómez¹¹ ao refletir sobre os novos modos de aprender na educação contemporânea, aborda o incentivo à pluralidade metodológica. Trata-se de considerar

que um método de ensino não responde na sua totalidade a quaisquer objetivos de aprendizagem e em quaisquer situações, sendo necessário, portanto, levar em conta a amplitude de possibilidades metodológicas para diferentes educandos, cenários e tipos de conhecimento. Talvez aqui resida uma das riquezas do uso da simulação: a tomada de decisão de que esta é, sim, a ferramenta que melhor atende à intencionalidade pedagógica no trabalho com o desenvolvimento de competências entre os participantes de uma experiência de simulação.

A outra dimensão considerada essencial para este momento é a dimensão operacional, momento no qual é avaliada a disponibilidade de recursos humanos, materiais e logísticos. Aqui é relevante refletir sobre como a simulação clínica vai demandar ações de outros setores da instituição, como compra de materiais para o cenário, incluindo simuladores, busca de atores quando necessário, espaço físico. Estes elementos são importantes quando o objetivo é retratar algo muito próximo do real. Por exemplo, como rodar um cenário em um leito hospitalar na sala de aula? O quanto de fidedignidade este cenário retrata? Ou ainda, quantas pessoas o professor tem de apoio para organizar o cenário, deslocando móveis, instrumentos hospitalares e materiais de enfermagem? Há um laboratório disponível? Perguntas como as descritas abaixo podem auxiliar neste momento inicial. (Quadro 2)

Quadro 2 - Dimensão pedagógica e operacional da simulação clínica.

Pensando a dimensão pedagógica do uso da simulação clínica	Pensando a dimensão operacional do uso da simulação clínica
<p>Quais as competências que se pretende desenvolver?</p> <p>Por que a simulação clínica é o melhor método para desenvolver tal competência?</p> <p>Quem é o público a que se destina a simulação clínica?</p> <p>Todos os estudantes devem rodar/entrar no cenário?</p>	<p>Qual o número de docentes envolvidos?</p> <p>Qual o número de participantes/grupos envolvidos?</p> <p>Qual a disponibilidade de espaço físico (laboratório, centro de simulação, in situ)?</p> <p>Existe equipe de apoio para rodagem do cenário simulação (assistente de áudio e vídeo, técnico de informática, assistente de laboratório), considerando montagem, gravação, uso de simuladores, etc.?</p>

Fonte: As autoras.

Entende-se, assim, que pensar as dimensões pedagógica e operacional antes de proceder ao planejamento, organização e realização da simulação clínica pode ser definidor na execução das próximas atividades. Isso não significa que a simulação clínica só pode acontecer se todos estes elementos estiverem disponíveis. Pensar sobre as dimensões, mais do que ter estas ou aquelas condições, significa ter clareza da exigência

do processo, aumentando o conforto do instrutor docente na sua utilização e evitando surpresas desagradáveis no curso das atividades. Afinal, o objetivo é que “a experiência de simulação seja a mais crível possível, retendo o participante imerso pelo maior tempo possível e, por sua vez, aumentando o aproveitamento da atividade”.^{12:8}

Além disso, entende-se que reunir as informações necessárias em registros sistematizados parece auxiliar docentes, instrutores e participantes na compreensão da simulação clínica, sendo um recurso para consulta sempre que necessário, com possibilidade contínua de aprimoramento. Amaya Afanador¹³ em texto sobre a importância das guias de simulação clínica, descreve este documento como um produto intelectual docente:

Las guías de simulación clínica las podemos definir como las herramientas didácticas utilizadas en simulación clínica, producto de un consenso académico de docentes quienes unifican criterios para generar conceptos claros, con identidad científica, de grupo y de institución, para dar respuesta a un sentido de formación profesional con base en un proyecto educativo con identidad propia que responde a las necesidades curriculares que exige en la actualidad la resolución de los problemas individuales, sociales y culturales de atención en salud.^{13:310}

As guias clínicas, a partir desta leitura, são documentos que devem conter um detalhamento das atividades que ocorrem antes da simulação, durante o seu desenvolvimento no cenário e depois desta etapa, reunindo informações para que o professor possa ter acesso rápido, facilitado a todos os elementos desenvolvidos para a experiência da simulação clínica.¹⁴

Quais são os passos para a organização da simulação clínica?

O primeiro passo quando se pretende aplicar o método da simulação clínica no ensino em saúde é definir quais competências pretende-se desenvolver e se esse método é realmente o mais adequado para desenvolvê-las. Muitas vezes, decide-se utilizar a simulação clínica a priori, sem considerar as competências que se deseja atingir e corre-se o risco de investir tempo e recurso criando-se cenários clínicos e toda a estrutura que uma simulação clínica exige e mesmo assim não obter êxito na proposta educativa. A aquisição de habilidade técnica, por exemplo, tem maior sucesso com treinamentos repetitivos seguidos de feedback do que na execução de cenários, que deverão ser

utilizados para desenvolver competências de tomada de decisão, trabalho em equipe, raciocínio clínico.

Definida a simulação como melhor método para atingir as competências desejadas, o segundo passo é definir objetivos de aprendizagem gerais e específicos. Os objetivos gerais estão relacionados à proposta da experiência, já os específicos dizem respeito às medidas de desempenho dos participantes. Por exemplo: Fornecer cuidados para um paciente com insuficiência cardíaca descompensada (ICD) compreende um objetivo geral, a que os estudantes devem ter acesso. Já identificar sinais e sintomas de dispnéia, um dos principais sintomas do paciente com ICD, seria um dos objetivos específicos que o professor estaria avaliando deste participante neste contexto. Este objetivo específico somente o professor teria conhecimento.

Neves e Pazin-Filho¹² advogam a favor da importância da construção dos objetivos de aprendizagem, defendendo a ideia de que este momento envolve a composição do conteúdo curricular a ser abordado, de quem são os participantes e o que se espera que realizem. Por exemplo, se o público são estudantes de graduação em enfermagem, espera-se que ao final do cenário, sejam capazes de tomar decisões com base no conhecimento construído até aquele momento. Em se tratando de profissionais de saúde em treinamento para atualização do processo de trabalho, os objetivos de aprendizagem já serão outros. Ou seja, a mesma temática pode exigir um desenho diferente para os objetivos de aprendizagem conforme o público a que se destina.

Definidos os objetivos, o próximo passo é a construção das situações clínicas, ou cenários clínicos, que melhor representem os contextos reais em que as competências clínicas possam ser aplicadas. Onde ocorrerá o cenário? Em uma emergência, enfermaria, domicílio do paciente? Quem serão os personagens deste cenário? Paciente, familiar, acompanhante, equipe multiprofissional? Qual a situação clínica apresentada ou contexto para início do cenário? O que acontece com o paciente que exige a atuação do enfermeiro?

Fabri e colaboradores contribuem no sentido de que este momento deve ser estruturado nos “melhores níveis de evidência disponíveis, e não justificados apenas por vivências pessoais dos formadores, fato que fortalece a confiança dos estudantes”.^{15:5} Além disso, quanto melhor a descrição do caso (isso não significa um excesso de detalhamento), incluindo documentos do paciente, prontuários, exames, “menor será a chance de que uma informação providenciada de última hora interfira com a credibilidade do cenário”.^{12:5}

Construído esse roteiro, é preciso definir os recursos materiais necessários para colocar em prática a situação clínica planejada. Podem ser utilizados simuladores, participantes simulados (atores), *moulage* (maquiagem e adereços para dar mais realismo à cena, como sangue artificial, estomas, hematomas, etc.). Se a simulação for filmada, para utilização das imagens no momento de discussão, é preciso pensar em câmeras, microfones, caixas de som, televisores ou projetores. Além desses equipamentos, todo o cenário deve ser montado buscando alcançar a fidelidade da simulação, tornando-a o mais realista possível. Neste sentido, pode-se utilizar a criatividade tentando aproximar a aparência do laboratório ao contexto real que se pretende simular. É importante que os materiais necessários para o desempenho dos cuidados estejam presentes no cenário e que não seja necessário “imaginar” que eles existam, ou que eles funcionem.

Além dos recursos materiais, é preciso contar com recursos humanos. Um cenário exige controle do tempo, manipulação das câmeras, reposição de materiais no cenário para o próximo grupo, organização dos grupos e orientação prévia, observação atenta da cena, condução do debriefing. Dependendo da quantidade de participantes e do tempo disponível para realização da atividade, poderá ser preciso um número maior de professores ou assistentes técnicos.

Os participantes da simulação clínica, estudantes ou profissionais, devem ser sensibilizados para este método de ensino e aprendizagem previamente. Conhecendo suas etapas e os objetivos de aprendizagem formativa, em que o erro é apenas um elemento que levará à reflexão e aprendizado significativo, sem punições ou exposição.¹⁴

O conteúdo teórico deve ser trabalhado previamente, oferecendo elementos para a atuação dos participantes de maneira embasada nas melhores evidências científicas. Significa dizer que os participantes, ao adentrarem para uma experiência de simulação já devem ter tido atividades que respondam aos objetivos de aprendizagem de domínios menos complexos como conhecer, identificar, relacionar e já estejam preparados para desenvolver objetivos de aprendizagem mais complexos como analisar, criar e avaliar. Soma-se a isso que a escolha do tema deve dialogar com as necessidades reais e autênticas vivenciadas nos serviços de saúde, e que exige planejamento sistemático e atenção no processo de criação.¹⁵

O pré-briefing ou briefing, é o momento que antecede a cena onde o professor esclarece dúvidas sobre o cenário, apresenta o simulador e suas funcionalidades, tempo de duração e encerramento da simulação, ou seja, é a etapa de apresentação das regras do

jogo. Neste momento também é firmado o contrato de ficção, um acordo que é feito para garantir uma imersão mais efetiva no cenário. O estudante deve considerar como verdade alguns aspectos que não são tão realistas no cenário, como o tempo que vai passar mais rapidamente entre uma ação e a evolução do paciente, a presença de gases que são fictícios, entre outros. Significa dizer, assim, que há uma pactuação em suspender as descrenças de que o cenário não é real, concordando que a simulação é verídica e os participantes estão cognitivamente envolvidos na situação clínica real.¹⁶

Também no briefing o professor contextualiza a situação clínica para que o participante possa iniciar sua atuação, por exemplo: “Você é o enfermeiro da unidade de internação da clínica médica e está admitindo um paciente com a situação clínica X, realize a anamnese deste paciente e identifique os principais problemas de enfermagem apresentados. Você dispõe de x minutos para esta atividade, quando estiver pronto pode começar”.

Durante o cenário o foco do professor é identificar os elementos que possam auxiliar na discussão de modo a promover uma reflexão e assim gerar um aprendizado duradouro. O professor busca situações que possa explorar no debriefing de modo a compreender como o estudante elaborou sua linha de raciocínio para a tomada de decisão e assim corrigir ou aperfeiçoar essa habilidade, para que em situações semelhantes, o estudante possa resgatar essas conexões assertivas para uma tomada de decisão mais eficiente. Assim, a experiência no cenário deve ser capaz de prover ao participante uma vivência fiel de cognição, psicomotricidade e afeto, que seja capaz de avançar na construção experiencial do conhecimento do participante para aplicação nos cenários clínicos reais.¹⁵

O *debriefing* então é o momento de tomada de consciência, do que foi feito, por que foi feito, como poderia ser feito. O estudante passa a ser o protagonista destas reflexões e cabe ao professor guiá-la com perguntas e provocações que aguace a curiosidade e promova a discussão e a construção colaborativa de um novo saber. Boostel e colaboradores^{10:1035} exploram a simulação como um processo que melhora a “percepção de fatores estressores relacionados à falta de competência e à relação interpessoal para atuar frente ao paciente, à equipe multiprofissional e aos colegas em comparação à aula prática convencional em laboratório de habilidades”.

Sem querer prescrever modos-de-fazer, trata-se de uma metodologia que está composta teórico-conceitualmente de constructos complexos (autonomia, tomada de

decisão, reflexão, responsabilidade), que exige implicação de todos os participantes da experiência de simulação, sobretudo do docente e/ou instrutor de simulação na sua condução. Apesar de muitos dos elementos estarem claramente definidos, o olhar autocrítico e pedagógico do docente deve acompanhar todo o processo de planejamento, pois se trata de processo educativo, relacional, de encontro entre sujeitos aprendentes. Logo, é um processo que está sempre em vias de vir a ser, nunca dado e datado, dada a riqueza da natureza humana própria do ato educativo.

Quais os papéis e as responsabilidades de docentes e participantes na simulação clínica?

Revisitando a literatura e a partir da experiência com colegas, professores e estudantes, percebe-se como é comum o aparecimento de dúvidas sobre os papéis dos docentes, dos participantes e dos atores. Muitos precisam visitar centros de simulação, conversar com coordenadores de curso e professores e assistir simulações para compreender a organização e distribuição dos papéis e responsabilidades de cada pessoa envolvida.

Diante disso, objetivou-se reunir dados da literatura especializada em simulação em saúde com informações sobre processos pedagógicos para compartilhar algumas considerações sobre como são entendidas as atividades desenvolvidas pelos professores e participantes.

Já tendo abordado os elementos-chave para simulação clínica em momento anterior e procedido a uma discussão mais detalhada, aqui é apresentada a relação das atividades docentes e estudantis no processo de ensino-aprendizagem, utilizando a simulação clínica como ferramenta pedagógica (Quadro 3). Trata-se da operacionalização dos elementos-chave e momentos da simulação na sua relação com as atividades de cada participante.

Quadro 3 - Relação das atividades docentes e estudantis no processo de ensino-aprendizagem, utilizando a simulação clínica como ferramenta pedagógica

Relação das atividades docentes e estudantis no processo de ensino-aprendizagem, utilizando a simulação clínica como ferramenta pedagógica			
Identificação etapas/momentos da SM	Elementos-chave para Simulação clínica	Professor/a	Participante

Pré-Simulação	Objetivos de aprendizagem	Desenha os objetivos gerais e específicos de aprendizagem	Conhece os objetivos gerais de aprendizagem
	Tema	Seleciona/enumera dentro das possibilidades da unidade curricular qual tema melhor ajuda no desenvolvimento do objetivo de aprendizagem desenhado	Desenvolve e conhece (estuda/aprende) Participa do processo de ensino-aprendizagem sobre o tema
	Situação clínica	Constrói a situação clínica de modo a ampliar as possibilidades de aprendizagem, dialogando o mais próximo com a realidade. Muitas vezes, utiliza sua experiência clínica profissional na criação das situações clínicas	Conhece a situação clínica no briefing (familiarização)
	Preparo dos estudantes	Prepara o participante durante o processo de ensino-aprendizagem, ofertando condições de aprendizagem teórica (aulas, seminários, estudos de caso, etc.) e teórico-prática (treino de habilidades) sobre o tema a ser trabalhado na simulação clínica	Participa do processo de ensino-aprendizagem nas aulas, seminários, estudos de caso, treino de habilidades e avaliações sobre o tema a ser trabalhado na simulação clínica
	Briefing	Descreve o caso, fornecendo elementos contextuais, clínicos, sociais, dentre outros, que são fundamentais para a aproximação com o cenário Apresenta informações que realmente são necessárias para início do cenário (existem elementos que o participante conhecerá no decorrer do cenário) Realiza o contrato de ficção com participante, momento no qual são pactuados acordos para andamento adequado do cenário, considerando que nem todos os elementos de um cenário podem ser simulados rigorosamente (por	Recebe a situação clínica apresentada pelo professor, tirando dúvidas referentes ao cenário, materiais disponíveis e sobre alguma ação a ser realizada Realiza o contrato de ficção

Simulação Clínica Propriamente Dita		exemplo, um biombo que divide dois ambientes pode ser pactuado que será uma parede entre duas salas dentro de um serviço de saúde)	
	Cenário	Observa (olhar pedagógico) o participante no contato com o cenário, bem como as habilidades, conhecimentos e atitudes apresentadas na rodagem do cenário É considerado um momento de coleta de dados para o professor, pois os elementos aqui coletados serão relevantes para a realização do debriefing	Vivencia o cenário, aplica o conhecimento teórico construído, utiliza/aciona habilidades e competências, toma decisões
	Debriefing	Propicia ao participante que descreva o que aconteceu no cenário e quais os sentimentos envolvidos Estimula o participante a relacionar o vivenciado com momentos anteriores (teoria) do processo de ensino-aprendizagem O professor é um investigador cognitivo ¹⁷ e precisa compreender a forma como o pensamento se organizou naquele cenário (o que fez o participante agir daquele modo?)	Participa ativamente comentando o que vivenciou e sentiu no cenário (descreve tanto a sequência de atividades, ações e acontecimentos) quanto os sentimentos e emoções associados Reflete sobre o cenário, reunindo elementos teóricos, teórico-práticos, profissionais e éticos Realiza autoanálise da sua atuação no cenário

Fonte: As autoras.

Implicações profissionais, pedagógicas e éticas na utilização da simulação clínica

Considerando que o cuidado em saúde ocorre, majoritariamente, por meio de uma prática multiprofissional, aponta-se a educação interprofissional como um atributo que precisa ser integrado na formação inicial e permanente dos profissionais de saúde. Se profissionais de diferentes profissões precisam ter/exercer uma prática colaborativa em saúde, é fundamental refletir sobre como eles aprendem/poderiam aprender juntos. Deste

modo, a educação interprofissional pode ser uma chave de aprendizagem possível para qualificar o cuidado em saúde.¹⁸

A partir da complexidade do cuidado em saúde entende-se que a simulação clínica se apresenta como uma ferramenta que permite colocar estas diferentes experiências profissionais em análise, ou seja, a simulação clínica pode permitir que estudantes de diferentes profissões aprendam juntos sobre como criar um projeto terapêutico singular. Profissionais de equipes de saúde também se beneficiam da simulação clínica ao aprender sobre novos temas, ao compartilhar decisões entre os membros da equipe. A riqueza na utilização da simulação clínica com a educação interprofissional também é assinalada no modo como os estudantes/profissionais aprendem sobre a atuação dos colegas, porque passam a conhecer o fazer uns dos outros.¹⁸

Dito isso, é essencial mencionar o componente ético e sua relação com a simulação clínica como ferramenta pedagógica, quer seja ele no âmbito acadêmico, quer seja ele utilizado em processos de formação permanente de profissionais de saúde. Apresentados os elementos que estão envolvidos na elaboração, construção, realização e avaliação deste processo, sugere-se atentar para alguns pontos, como forma de enriquecer a prática da simulação clínica, dando a ela a dimensão necessária por se tratar de uma experiência muito próxima do real.

Machin e colaboradores¹⁹ em publicação recente socializam reflexões sobre como planejar educação interprofissional orientada pela ética. Trata-se de um grupo de pesquisadores de duas universidades do norte da Inglaterra que, problematizando o ensino de ética pela educação interprofissional, desenharam um guia prático que dialoga com os interesses deste capítulo. Os autores apresentam lições-chave para o planejamento da educação interprofissional orientada pela ética que, lidos juntamente com a literatura pedagógica disponível, podem ser fonte para qualificação da relação dos constructos ética e educação interprofissional. Entende-se, assim, que a simulação clínica agrega qualidade no processo de ensino-aprendizagem de seus participantes quando ela está ancorada em pressupostos pedagógicos assertivos, comprometidos com a atividade fim da área da saúde que é a prestação de um cuidado mais seguro, responsável, sem danos, profissionalmente integrado e ético orientado.

Machin e colaboradores¹⁹ situam que a ética e a educação interprofissional tem o mesmo objetivo e essa coerência traz benefícios ao reunir as duas temáticas, de tal modo

que o arcabouço teórico-conceitual da ética possa ser capaz de orientar as práticas de educação interprofissional.

Assim, os mesmos autores¹⁹ consideram as seguintes lições-chaves para um planejamento de educação interprofissional orientado pela ética, que estabelece relações bem consolidadas com a simulação clínica que vem sendo discutida aqui: a importância do planejamento na escolha do formato, estrutura e tema da atividade; a clareza do desenho do percurso de aprendizagem do participante na atividade; o momento oportuno de inclusão no currículo desta atividade; o preparo dos estudantes para a atividade; a criação de um espaço seguro de aprendizagem; a reflexão sobre uma aprendizagem mais ampla dos estudantes; o destaque para o debriefing, para além do feedback, o envolvimento de profissionais dos serviços de saúde e até de pacientes, a preocupação com a oferta de uma atividade que seja flexível e considere as preferências dos estudantes e grupos.¹⁹

Nessa tessitura, a simulação clínica pode ser também compreendida como uma ferramenta orientada pela ética, desde sua inclusão como elemento pedagógico no currículo até o processo de debriefing, que tem no processo reflexivo sua grande característica. E, considerando que o cuidado em saúde se dá sobretudo em equipes interprofissionais para uma prática colaborativa, a simulação também se circunscreve como espaço de desenvolvimento de competências interprofissionais, pois têm elementos suficientes para experiências coletivas de aprendizagem (Quadro 4).

Quadro 4 - Relações entre educação interprofissional orientada pela ética e simulação clínica

Relações entre educação interprofissional orientada pela ética e simulação clínica		
Educação interprofissional orientada pela ética	Simulação clínica como método de ensino permite?	Elementos
Escolha do formato, estrutura e tema da atividade	Sim	Escolha do tema Criação da situação clínica
Clareza do desenho do percurso de aprendizagem do participante na atividade	Sim	Desenho do objetivo de aprendizagem Trilha de Aprendizagem do Participante Atividades do estudante no cenário
Momento oportuno de inclusão no currículo desta atividade	Sim	Relação da simulação com desenvolvimento de competências profissionais
O preparo dos estudantes	Sim	Preparo teórico Briefing

Criação de um espaço seguro de aprendizagem	Sim	Todo processo permite, desde que a proposta seja conhecida por todos participantes
Reflexão sobre uma aprendizagem mais ampla dos estudantes	Sim	Foco no desenvolvimento de competências Trilha de Aprendizagem do Participante Debriefing
Destaque para o debriefing	Sim	Debriefing
Envolvimento de profissionais dos serviços de saúde e pacientes	Sim ou em parte	Profissionais e pacientes no cenário
Preocupação com a oferta de uma atividade que seja flexível	Sim	Cada simulação é um processo único do ponto de vista da aprendizagem experiencial Olhar pedagógico do docente
Preferências dos participantes	Sim	Trilha de Aprendizagem do Participante, utilizando suas próprias referências Professor é um investigador

Fonte: As autoras.

Outrossim, a simulação deve ser guiada por profissional qualificado que conheça a proposta metodológica de modo a garantir que a aprendizagem ocorra de forma planejada, respeitando os princípios éticos. A *Society for Simulation in Healthcare (SSIH)* publicou em 2018 o “Healthcare Simulationist Code of Ethics” que apresenta os seguintes valores chaves para a prática da simulação: Integridade, Transparência, Respeito mútuo, Profissionalismo, Responsabilidade e Orientação para os resultados.²⁰

O código de ética, elaborado inicialmente em inglês, está disponível para consulta no site da SSIH²⁰ e já possui versões traduzidas para outros idiomas. Este material orienta a prática do simulacionista (pessoa que conduz a simulação) e nos faz refletir sobre as implicações éticas que permeiam o uso deste método de ensino não somente do ponto de vista da segurança do paciente, mas também do ambiente psicologicamente seguro para a aprendizagem.

Assim, espera-se que este capítulo tenha sido capaz de ampliar as referências dos leitores sobre o tema da simulação clínica como método de ensino na enfermagem, sinalizando-o como uma ferramenta potente que reúne características capazes de preparar futuros enfermeiros para a prática profissional, assim como auxiliar no desenvolvimento do pensamento reflexivo. Mais do que isso, de que o ensino pela simulação clínica é um processo ético implicado com o respeito ao ser humano cuidado e ao ser humano aprendente.

Referências

1. Rauen CA. Simulation as a teaching strategy for nursing education and orientation in cardiac surgery. *Critical Care Nurse*. [Internet]. 2004 [citado 2019 Jun 13]; 24(3):46-51. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/24/3/46.full.pdf+html>.
2. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *BMJ Quality & Safety*. 2004; 13 (suppl 1):i2-10. DOI: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i2.
3. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
4. Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2011; 31(7):664-70.
5. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. 2nd Edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.; 2015. E-book.
6. INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*. [Internet] 2016 Dec [citado 2019 Jun 15];12(S), S5-S12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>.
7. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine* [Internet] 1990 Sep [citado 2019 Jun 24]; 65(9):S63-7. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1990/09000/The_assessment_of_clinical.45.aspx
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS [Edit]. *Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press; 1999.
9. Teixeira CRS, Pereira MCA, Kusumota L, Gaioso VP, Mello CL, Carvalho EC. Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):311-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680218i>
10. Boostel R, Felix JVC, Bortolato-Major C, Pedrolo E, Vayego SA, Mantovani MF. Stress of nursing students in clinical simulation: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(3):1029-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0187>.
11. Gómez, AIP. Competências ou pensamento prático? A construção dos significados de representação e de ação. In: Sacristán JG, et al. *Educar por competências: o que há de novo?* Porto Alegre: Artmed; 2011. p.65-114.
12. Neves FF, Pazin-Filho A. Construindo cenários de simulação: pérolas e armadilhas. *Sci Med*. 2018;28(1):ID28579. DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28579>.
13. Amaya Afanador A. Importancia y utilidad de las "Guías de simulación clínica" en los procesos de aprendizaje en medicina y ciencias de la salud. *Universitas Médica*

[Internet]. 2011 (Julio-Septiembre) [citado 2019 Jun 1]; 52(3): 309-14. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Disponible em: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=231022506006>.

14. Oliveira SN, Massaroli A, Martini JG, Rodrigues J. From theory to practice, operating the clinical simulation in Nursing teaching. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1791-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>.
15. Fabri RP, Mazzo A, Martins JCA, Fonseca AS, Pedersoli CE, Miranda FBG, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017;51e03218. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016265103218>.
16. Muckler VC. Exploring suspension of disbelief during simulation-based learning. *Clinical Simulation in Nursing*. [Internet] 2016 [citado 2019 Jun 20]; 13(1):3-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.004>.
17. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc*. [Internet] 2006 [citado 2019 Jun 20];1(1):49-55. Disponible em: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2006/00110/There_s_No_Such_Thing_as__Nonjudgmental_.6.aspx#pdf-link.
18. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. [Internet] 2010 [Citado 2019 Jun 10]. Disponible em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=64B81D0A81549311F9EF11280A5CCBFB?sequence=1.
19. Machin LL, Bellis KM, Dixon C, Morgan H, Pye J, Spencer P, Williams RA. Interprofessional education and practice guide: designing ethics-orientated interprofessional education for health and social care students. *Journal of Interprofessional Care*. [Internet] 2018 [citado 2019 Jun 20]; 1-11. DOI: 10.1080/13561820.2018.1538113.
20. Park C, Murphy T, et al. Healthcare Simulationist Code of Ethics. Code of Ethics Working Group. Society for Simulation in Healthcare – SSIH [Internet] 2018 [citado 2019 Jun 30]. Disponible em: <http://www.ssih.org/Code-of-Ethics>.



PARTE 3

GUIA PARA A CRIAÇÃO E APLICAÇÃO DE CASOS DE DELIBERAÇÃO MORAL E ABORDAGEM DE PROBLEMAS ÉTICOS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Dulcinéia Ghizoni Schneider, Flávia Regina Souza Ramos

Objetivo:

- Orientar a elaboração de casos de deliberação moral (CDM) pertinentes às necessidades específicas
- Fornecer um guia para a aplicação dos casos de deliberação moral

Assim como a proposição do Referencial Teórico (capítulo1), elaborado partir da contribuição de diferentes autores, e da própria Matriz (capítulo 2), intencionada para promover novas apropriações, também este Guia se presta como exemplo de uma apropriação possível, ou uma forma de operacionalizar e orientar profissionais e educadores em sua tarefa de dar vida a bases teóricas nas atividades de ensino.

O próprio Guia não mantém uma absoluta fidelidade a um único referencial, embora seja notável a fundamentação no processo de deliberação moral de Diego Gracia¹⁻² (aprofundado no capítulo 3). Como também já referido, o uso da deliberação de casos morais como método de ensino^U vem sendo estudado e, embora não revelem incompatibilidades entre diferentes propostas, não indicam bases e estratégias unificadas.

Esta situação, ao invés de ser considerada negativa, é tomada como momento produtivo e criativo deste campo de preocupações e produções, onde circulam filósofos, educadores, bioeticistas e profissionais de saúde. É, exatamente no sentido de contribuir para a abertura a novas experiências e a problematizações mais cotidianas que este Guia busca responder. Não pretendeu contar “os casos” já relatados e usados, mas estimular que a experiência do grupo (professores, alunos e profissionais) seja abordada de forma sistematizada e consistente, ampliando a riqueza do percurso educativo, para além do momento de “deliberar” (por si só rico em suas etapas), valorizando os momentos de preparar, imaginar, narrar, criar, compartilhar e deliberar, enfim, crescer como sujeito moral.

Na síntese apresentada abaixo nas “Etapas Preparatória e de Aplicação ou Desenvolvimento”, as ações sugeridas tomam corpo em aplicações que consideram “os casos” como recursos para desenvolver o processo de deliberação com fins educativos e, também, como exercício de criação, ou seja, oportunidade de problematizar a experiência

^U Referida a sigla em inglês MCD (Moral Case Deliberation), a exemplo de Tan, ter Meulen, Molewijk et al, 2018³; Svantesson, Silénm, James, 2017⁴; Molewijk et al, 2008⁵; Molewijk et al, 2008⁶; Molewijk et al, 2008⁷; Plantinga et al, 2012⁸; van Der Dam et al, 2011⁹; van Der Dan et al, 2013¹⁰; Molewijk; Kleinlugtenbelt; Widdershoven, 2011¹¹.

e torná-la “um caso” mobilizador do grupo à reflexão. Por isso são apresentadas, paralelamente, ações que se aplicam ao objetivo de elaborar novos casos ou aplicar casos de deliberação moral já construídos. Também são detalhadas ações que possuem maior utilidade no ensino em saúde, quando etapas como as “Estratégias práticas; Referenciais teóricos e conceitos que fundamentam a decisão; e Relação com o Código de Ética profissional (de Enfermagem ou outros)” podem ser destacadas exatamente para futuros profissionais se apropriarem de aspectos que em outros espaços podem estar mais estabilizados e incorporados.

Nesse sentido, a elaboração de casos para a aplicação do método da deliberação moral no ensino, precisa estar sustentada em informações que promovam a discussão, a reflexão e a fundamentação para a decisão considerada mais adequada/prudente naquela circunstância, considerando o contexto e a situação dos envolvidos. O Guia tem o objetivo de promover a reflexão, junto aos alunos, na criação de situações que estimulem a sensibilidade moral e promovam o desenvolvimento de competências ético-morais para o agir ético diante dos problemas morais que estão envolvidos no cuidado em saúde.

1 Etapa preparatória

Para elaboração de CDM	Para aplicação de CDM proposto
<p>1. Reconhecer os FINS e as PESSOAS participantes: são profissionais (uma ou várias categorias) ou estudantes? Qual a formação e experiência do grupo? Vinculam-se a uma instituição? Apresentam uma demanda específica (em torno de uma situação comum)?</p>	
<p>2. Selecionar o FOCO e TEMA CENTRAL do CDM a ser elaborado: que situação real ou fictícia terá pertinência? Quais elementos da realidade devem ser adicionados (cenário, sujeitos e problema específico)?</p>	<p>2. Selecionar o CDM a ser utilizado: por sua pertinência direta com a demanda ou por sua utilidade em mobilizar a reflexão</p>
<p>3. Descrever o CASO: definir o roteiro geral do caso a partir dos dados de situação, pessoas envolvidas, cenário e contexto</p> <p><u>Levantar previamente outros COMPONENTES do processo deliberativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • valores em conflito; • pessoas afetadas pela decisão; • alternativas ou cursos de ação/decisão; • consequências de cada curso de ação; • decisão mais prudente; • estratégias práticas; • referenciais teóricos e conceitos que fundamentam a decisão; • relação com o código de ética profissional 	<p>3. Definir adaptações, se necessário: aspectos da descrição podem ser alterados (ex.: incluindo características próprias aos envolvidos, como gênero, condição social, tipo de serviço entre outras)</p> <p>ATENÇÃO: mudanças substanciais envolvem rever todo o percurso da deliberação, pois os exercícios propostos não são fechados, mas se limitaram aos aspectos apontados</p>

ATENÇÃO: o levantamento prévio dos componentes ou etapas faz parte do preparo do CDM, mas não o encerra ou o fecha para que novas reflexões e pontos de vista sejam adicionados pela reflexão grupal	
4. Preparo do CONDUTOR-MEDIADOR: professor ou profissional que conduzirá o processo de deliberação do caso, o que implica leitura e entendimento prévio de todas as partes e etapas	
5. REAPROPRIAÇÃO (por parte do condutor-mediador): etapa fundamental, pois os CDM nunca podem ser tomados como decisões finais e perfeitas – eles são exemplares na busca de resoluções para o momento e o caso. Novos olhares, questões críticas e referências devem ser estimulados	
6. Definir TEMPO, LUGAR E RECURSOS: importante ter garantido o tempo necessário para levar a cabo todas as etapas (mesmo que dividido em etapas); um espaço adequado, confortável e privativo (que propicie a manifestação sem constrangimento); recursos e apoios podem ser necessários, de acordo com complementação de estratégias (teatralização, simulação, discussão em subgrupos, consulta à bibliografia, entre outros)	

1 Etapa de aplicação ou Desenvolvimento

Aquecimento e Acordos Coletivos

Ação importante e inicial em exercícios práticos em grupo. Os participantes devem pactuar as regras de relação e condução da atividade, como exemplo (outras podem ser acordadas):

- a) Respeitar o tempo previsto e o papel do mediador/condutor;
- b) Ouvir toda a descrição do CDM antes de iniciar a discussão;
- c) Pedir a palavra e aguardar a vez de cada um se manifestar;
- d) Evitar monopolizar a palavra ou insistir demasiadamente em seus argumentos – a capacidade de ouvir e respeitar a posição do outro é parte do processo;
- e) Desenvolver a tolerância e a cordialidade.,

Descrição do Caso: situação/pessoas envolvidas/cenário e contexto

Questões básicas: Qual é o caso? Qual a situação problemática?

Se refere a apresentação do caso, em linguagem narrativa, inserindo o grupo no contexto em que se insere a situação problemática. Lembrar que normalmente uma pessoa é a responsável por eleger o curso de ação e é quem traz para o grupo o problema (em Comitês/Comissões de Ética ou Bioética e como apresentado por Diego Gracia¹⁻²). No caso da Enfermagem, e também em equipes multiprofissionais, é comum se tratar de decisões que envolvem um ou mais profissionais que compartilham responsabilidades.

Valores em conflito

Questões básicas: Que valores estão envolvidos? Quais os conflitos de valores presentes?

Se refere ao momento de clarificação dos valores, ou seja, dar destaque a possíveis valores que se chocam na perspectiva dos diferentes envolvidos, assim como esclarecer sobre possíveis hierarquizações ou priorizações de valores (cotejamento, classificação, fundamentação) e qual a base para estabelecer tais prioridades.

Pessoas afetados pela decisão

Questões básicas: Quem serão os afetados pela decisão?

Além do afetados diretamente, é necessário pensar sobre todos que sofrerão qualquer repercussão com a decisão tomada. Em situações clínicas ou envolvendo o cuidado e a gestão em saúde, podem ser usuários/pessoas cuidadas, familiares, comunidades ou grupos específicos, serviços e instituições, profissionais, entre outros.

Alternativas ou cursos de ação/decisão

Questões básicas: Quais as alternativas ou cursos de ação/decisão possíveis?

Diversas alternativas ou decisões devem ser levantadas e discutidas, evitando eliminar previamente qualquer possibilidade, independentemente de ser incomum (à prática usual ou à experiência e perspectiva dos envolvidos) ou questionável – o questionamento é importante e deve ser promovido.

Consequências de cada curso de ação

Questões básicas: Quais as consequências de cada curso de ação?

Após levantadas as alternativas possíveis estas devem ser objeto de análise detalhada, a partir da identificação ou previsão das consequências que geraria se fossem aplicadas. As consequências devem ser discutidas, sejam elas positivas ou negativas, pesando os efeitos desejáveis, aceitáveis ou inaceitáveis, à luz dos valores/princípios e das condições dos sujeitos, considerando vulnerabilidades, desigualdades, proteções e direitos.

Decisão mais prudente

Questões básicas: Qual a decisão mais prudente? Esta decisão pode ser assumida publicamente?

A decisão mais prudente é o horizonte, o resultado almejado pelo processo deliberativo. Prudente é a decisão que realiza ao máximo todos os valores em conflito, que costuma localizar-se nos cursos intermédios e só pode ser definida após a ponderação de todas as circunstâncias. A decisão prudente sempre pode ser posta à prova e exposta ao conhecimento público, pois foi amadurecida, imparcial, não teme o escrutínio e é racionalmente defensável.^{1-2,12}

Estratégias práticas

Questões básicas: Quais as estratégias para colocar em prática?

Após eleito o curso de ação há que se esclarecer no que ele impacta a conduta dos envolvidos, quais as responsabilidades ou como atuarão os profissionais para que se concretize o caminho decidido. O que cabe a cada um? Quais são os passos seguintes? Que comunicações e desdobramentos precisam ser realizados?

Referenciais teóricos e conceitos que fundamentam a decisão

Questões básicas: Quais referenciais teóricos são apoiadores da decisão?

Considerando a finalidade educativa e o compromisso com o contínuo desenvolvimento de competências morais, a preocupação com o aprofundamento teórico soma-se à finalidade da resolução do problema ou deliberação. Assim, cabe romper com visões simplistas e do senso comum, as quais costumam vincular atributos pessoais para a deliberação moral apenas a capacidades ou experiências técnicas. Após a clarificação de valores e a definição da decisão mais prudente deve-se promover a continuidade dos estudos e a busca por leituras e reflexões que ampliem as bases dos sujeitos sobre o presente caso e para casos futuros. Conceitos e princípios discutidos até a etapa final devem ser retomados, de modo a indicar bibliografias ou tarefas de pesquisa para maiores esclarecimentos.

Relação com o Código de Ética Profissional (de Enfermagem ou outros)

Questões básicas: Que artigos do código de ética profissional se relacionam ao problema e à decisão mais prudente? Há indícios de infração na ação profissional relatada no caso? Em quais artigos a alternativa eleita encontra bases para sua justificação perante o código de ética profissional? Princípios expressos no código foram respeitados ou desrespeitados?

No campo da saúde o processo deliberativo envolve profissões regulamentadas e práticas profissionais que devem responder às suas próprias regulações éticas. Daí que esta etapa ganha destaque, especialmente pela finalidade educativa do processo, para que se mobilize não apenas o conhecimento sobre tais regulamentações, mas a reflexão crítica sobre elas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ENSINO DA DELIBERAÇÃO MORAL COM CASO SIMULADO

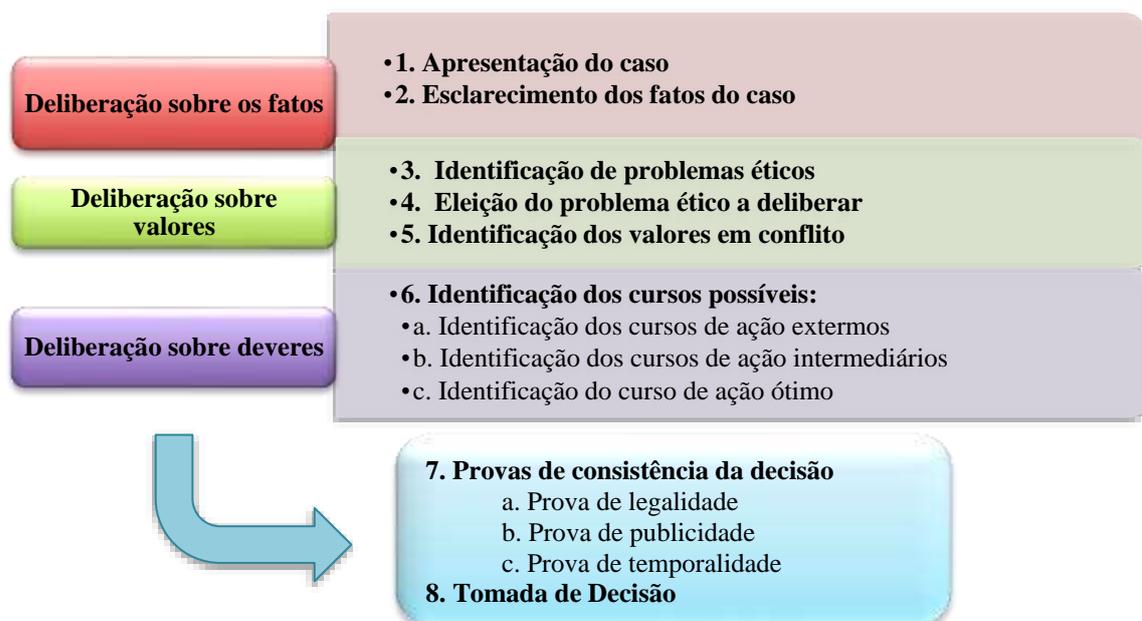
Dulcinéia Ghizoni Schneider, Flávia Regina Souza Ramos

O presente relato de experiência apresenta a última etapa da Pesquisa intitulada “Ensino simulado aplicado ao processo de deliberação moral nos problemas éticos vivenciados pelos acadêmicos e profissionais da Enfermagem”, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, via Plataforma Brasil, sob CAAE nº 41840915.1.0000.5361 e Parecer consubstanciado nº 990.530.

O método de deliberação moral proposto por Diego Gracia¹⁻² foi o referencial teórico-metodológico para o ensino-aprendizado da deliberação moral nesta experiência de ensino simulado realizada com acadêmicos de enfermagem da 4ª a 10ª fase e enfermeiras da Comissão de Ética de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Foi utilizado um dos casos de deliberação moral criado pela pesquisadora, a partir do Guia apresentado no capítulo 5. Na elaboração do caso cada etapa do Guia foi seguida, visando levar à reflexão, discussão e aprendizado dos participantes envolvidos na simulação.

A figura 1 apresenta o método da deliberação moral (MDM) de Diego Gracia¹⁻².

Figura 1 - Etapas do método de deliberação moral.



Fonte: Gracia¹

Na aplicação do ensino simulado do método da deliberação moral foram incluídas as seguintes etapas: **(I) Planejamento; (II) Ação; (III) Reflexão/Debriefing.**

I PLANEJAMENTO

Construção e validação das guias clínicas

A guia clínica foi construída pela autora do Projeto e revisada por uma *expert* em simulação clínica^V que prestou consultoria no desenvolvimento da experiência do ensino simulado.

<p style="text-align: center;">GUIA CLÍNICA DE SIMULAÇÃO COM ATORES TEMA: DELIBERAÇÃO MORAL</p>

Elaborado por: Dulcinéia Ghizoni Schneider

Revisado por: Saionara Nunes de Oliveira^V

<p>Objetivo Geral: Aplicar o Método da Deliberação Moral de Diego Gracia em uma situação de cuidados paliativos</p>
--

Instruções gerais

- Título do caso:

CUIDADOS PALIATIVOS X MEDIDAS DESPROPORCIONAIS

Tipo de simulação: Simulação Clínica com Participante Simulado (atores) e simulador de paciente humano (manequim)

- Tempo necessário para o desenvolvimento da simulação:
 - Cena 1: 15 minutos
 - Cena 2: 50 minutos
 - Cena 3: 10 minutos
 - *Debriefing*: 60 minutos
 - Tempo total necessário para o desenvolvimento da atividade: 2h45min

^V Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Instrutora em Simulação pela Universidad de Costa Rica - UCR. Membro da Associação Brasileira de Simulação na Saúde – ABRASSIM e da Federación Latinoamericana de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente – FLASIC.

- Espaço físico necessário: 2 ambientes simulados: Laboratórios de Práticas Simuladas de Enfermagem e uma Sala para o *Debriefing*
- Número de participantes simulados: 2 (mulheres)
- Número de simuladores: 1 (Simulador de Paciente Humano) baixa fidelidade
- Participantes: cinco (alunos e/ou enfermeiras) por simulação. Foram realizadas três sessões de simulação para contemplar os 14 participantes

Informações aos participantes

- O cenário se passa em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
- A primeira etapa da simulação acontece à beira do leito do paciente (Laboratório de Prática Simulada) com a filha, a esposa e o/a Enfermeiro/a. Os nomes João (paciente), Ana (esposa) e Marina (filha) são todos fictícios.
- A segunda etapa ocorre na Sala de Apoio do Laboratório de Prática Simulada, onde os participantes, representando a equipe multidisciplinar de saúde, estarão sentados ao redor de uma mesa e aplicarão o método da deliberação moral
- Na terceira etapa, a Enfermeira acompanhada dos demais membros da equipe multidisciplinar retornam ao cenário da UTI e conversam com a filha e a mãe sobre a decisão mais prudente sugerida pelo grupo que aplicou o método da deliberação moral
- Na quarta etapa será feito o *Debriefing* na Sala destinada para esta atividade
- Por último será aplicada a Escala de Satisfação dos estudantes e autoconfiança na aprendizagem de Almeida et al¹³ e os participantes farão também uma avaliação qualitativa descritiva sobre o ensino simulado e o método da deliberação moral

Briefing

Você é Enfermeira/o da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Geral e recebeu um paciente encaminhado da Emergência com a seguinte história clínica

“João, 64 anos, sexo masculino, é recebido na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Geral com diagnóstico de câncer de pulmão com metástases no cérebro e ossos. A esposa relata que ele estava em tratamento com quimioterapia, já finalizou o último ciclo, mas vem apresentando dor generalizada e, desde ontem, está confuso e com dificuldade respiratória. É diabético e vem apresentando quadros de hipoglicemia.”

Você foi informada que a esposa exige a manutenção do paciente na UTI, com instituição de medidas invasivas, contrariando a indicação médica de Cuidados Paliativos. Necessita conversar com a família, ampliando as informações necessárias para aplicar, junto a equipe de saúde, o método da deliberação moral, apresentando uma proposta para a esposa e filha ao final da discussão.

Dados do prontuário

Ao exame físico, o paciente se apresenta gemente, nível de consciência rebaixado, com frequência respiratória de 10 mrm, PA 98x64 mmHg, SatO₂ 89%, T.35,8°C, FC 104 bpm, desidratado, sem diurese desde ontem, HGT 39mg/dL. Foi prescrito pelo médico analgesia, glicose hipertônica, cateter de O₂ a 3L/min e hidratação. O senhor João tem rede venosa periférica frágil e o/a Enfermeiro/a puncionou uma veia jugular externa.

Informações aos atores (participantes simulados)

Caso clínico

História do paciente:

João, 64 anos, sexo masculino, é recebido na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Geral com diagnóstico de câncer de pulmão com metástases no cérebro e ossos. A esposa relata que ele estava em tratamento com quimioterapia, já finalizou o último ciclo, mas vem apresentando dor generalizada e, desde ontem, está confuso e com dificuldade respiratória. É diabético e vem apresentando quadros de hipoglicemia.

A filha que acompanha a mãe relata à Enfermeira que a equipe médica do Hospital Especializado em Oncologia, onde seu pai realizou o tratamento com quimioterapia e outros tratamentos, explicou que o seu pai está em fase terminal da doença e indicou inclusão em protocolo de cuidados paliativos. No entanto, a sua mãe é resistente à instituição desses cuidados porque acredita que o marido ainda pode se recuperar da doença e, por isso, resolveu trazê-lo a um Hospital Geral.

A esposa solicita ao médico que o marido seja mantido na Unidade de Terapia Intensiva e exige que todas as medidas invasivas para manutenção da vida (como por exemplo, intubação orotraqueal; acesso venoso profundo; drogas vasoativas; hemodiálise) sejam realizadas.

Neste momento a filha contesta a solicitação da mãe dizendo que medidas invasivas só vão prolongar o sofrimento do seu pai, pois a equipe médica do Hospital Especializado em Oncologia explicou que todo o tratamento atualmente disponível na medicina já foi realizado e que o seu pai não respondeu positivamente. No entanto, a esposa é enfática e ameaça processar a equipe de saúde caso não seja atendida em sua solicitação e o esposo vier a falecer.

A filha lembra à mãe que o seu pai sempre comentou que não queria ficar “sofrendo em uma cama e que quando a morte se aproximasse, que deixassem ele descansar em paz”. A mãe reconhece que o esposo falava sobre não querer o prolongamento do sofrimento em caso de doença terminal, mas diz que não o abandonará e que está disposta a fazer o que for necessário para que seu esposo continue vivendo, porque ele ainda tem como se curar.

A família do Sr. João se resume à esposa e a única filha solteira de 36 anos.

Comportamento esperado:

Paciente:

- Sonolento

Esposa (Ana)

- Menciona estar muito ansiosa e com medo que o esposo venha a falecer
- Solicita ao médico e enfermeira que seu esposo seja mantido na UTI e que as medidas invasivas necessárias à manutenção da vida sejam instituídas
- Insiste de forma rude que está exigindo que seu marido tenha todos os cuidados invasivos necessários para continuar vivendo
- Enfatiza que se não for atendida em sua exigência, a equipe será processada
- Mostra-se impaciente e agressiva ao falar com a enfermeira e com o médico

Filha (Marina)

- Pontua a preocupação com a decisão da mãe, pois discorda dela
- Deseja levar o pai para casa para que ele receba os cuidados paliativos no domicílio, no entanto, não sabe muito bem o que são cuidados paliativos e se a família teria condições para manter essa estrutura em casa
- Mostra-se contrária às medidas invasivas que vão prolongar o sofrimento do seu pai que se encontra em fase terminal do câncer metastático
- Demonstra intenso sofrimento com a situação, pois ama o seu pai, não quer a morte dele, mas também, não quer vê-lo sofrer sabendo que não vai se curar e que somente será prolongado o seu sofrimento
- Discorre sobre a situação da mãe que também sofrerá porque se o tratamento se prolongar, a mãe ficará esperançosa e poderá sofrer ainda mais com o desfecho do óbito... ou não... ela poderá pensar que desta forma todos os cuidados foram realizados...
- A filha também lembra que seu pai sempre se manifestava contrário à instituição de medidas desproporcionais que prolongassem o seu sofrimento se estivesse numa situação de vida com prognóstico reservado

Etapa de Debriefing

Nesta etapa os participantes assistirão à filmagem de toda a simulação e farão a autoavaliação da sua atuação no cenário. A avaliação será quantitativa e qualitativa.

Na etapa quantitativa será aplicada aos participantes a Escala de Satisfação dos estudantes e autoconfiança na aprendizagem traduzida e validada no Brasil por Almeida et al,¹³ cuja utilização no presente Estudo foi autorizada por um dos autores (Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida) via e-mail.

A Escala é composta por 13 itens do tipo Likert de 5 pontos (variando de 1= discordo fortemente da afirmação até 5 = concordo fortemente com a afirmação) dividida em duas dimensões: Satisfação com a aprendizagem atual com 5 itens; e Autoconfiança na aprendizagem com 8 itens.

Na etapa qualitativa os participantes vão avaliar todas as fases do ensino simulado, desde a instrumentalização do método da deliberação moral até a finalização da simulação. Todas as etapas da simulação serão filmadas (com a devida autorização dos

participantes) e no momento do *Debriefing* os participantes vão assistir as filmagens para identificar os pontos fortes e as fragilidades da simulação.

Seleção e treinamento dos Participantes Simulados^W

As duas participantes selecionadas para fazer o papel da esposa e da filha do paciente têm experiência com ensino simulado na área da Enfermagem e atuam como Pacientes Simulados em várias disciplinas e eventos da área da saúde.

O teste do cenário ocorreu no dia que antecedeu a simulação e foi conduzido pela pesquisadora que pode fazer ajustes na forma de atuação das duas personagens e no ambiente clínico simulado de modo a fortalecer o realismo da cena.

Organização e preparação do cenário

O cenário incluiu um quarto de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); uma sala anexa à UTI; e uma sala de reuniões.

A primeira cena ocorre à beira do leito da UTI e sala anexa; a segunda cena na sala de reuniões com a equipe multidisciplinar de saúde (participantes da pesquisa); a terceira cena novamente na sala anexa à UTI que representa um espaço reservado para conversar com a família.

Convite aos participantes (alunos e enfermeiras)

A pesquisadora divulgou o Projeto nas salas de aula da 4^a à 10^a fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade local onde o Projeto foi desenvolvido, convidando todos os alunos que tivessem interesse em participar. Quinze alunos se colocaram à disposição, no entanto, somente 10 efetivamente participaram das etapas de instrumentalização e realização da simulação.

Também foram convidados os membros da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital da Universidade onde o estudo foi realizado. A Comissão é composta por nove membros, sendo quatro enfermeiras, três técnicos e dois auxiliares de enfermagem.

^W O termo Participante Simulado se refere a qualquer pessoa, profissional ou amador, que interprete o papel de paciente, familiar, profissional da saúde, entre outros, com a finalidade de ensino em saúde. Este termo foi adotado recentemente pela Association of Standardized Patient Educators (ASPE).
Fonte: Lewis Karen L., et al. The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Advances in Simulation*. 2017; 2(1):1-10.

Destes, seis participaram da etapa de instrumentalização sobre o método da deliberação moral, e quatro enfermeiras da etapa de simulação.

Alguns dos membros desta Comissão já haviam participado da primeira etapa desse Projeto quando foram aplicados questionários para o levantamento dos problemas éticos mais frequentes na prática da Enfermagem e também das oficinas que são realizadas com a equipe de enfermagem do Hospital em um Projeto de Extensão coordenado pela pesquisadora, criado a partir das necessidades identificadas nos resultados da primeira etapa deste Projeto de pesquisa intitulado “Ensino simulado aplicado ao processo de deliberação moral nos problemas éticos vivenciados pelos acadêmicos e profissionais da Enfermagem”.

Instrumentalização dos participantes sobre o método da deliberação moral

A pesquisadora reuniu os alunos participantes em três encontros e realizou oficinas com o objetivo de ensinar o método da deliberação moral de Diego Gracia. Antes de iniciar as oficinas, a pesquisadora apresentou detalhadamente os objetivos e o método da pesquisa e aplicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a cada um dos participantes.

As oficinas foram organizadas da seguinte forma:

- a) A pesquisadora em exposição dialogada apresentou o método da deliberação moral de Diego Gracia¹⁻² e utilizou textos de autores que aplicam o método, especialmente da autora Elma Zoboli¹². A leitura e discussão dos textos foi realizada por todos em conjunto, com esclarecimentos sobre conceitos e cada etapa do método de deliberação moral.
- b) Na segunda oficina a pesquisadora apresentou um dos casos de deliberação moral, construído no Projeto a partir do Guia apresentado no capítulo 5 deste livro, e aplicou junto com o grupo de alunos o método da deliberação moral.
- c) Na terceira revisou todo o método e discutiu sobre as dúvidas existentes e fez uma avaliação qualitativa da oficina, momento em que todos os participantes expuseram sobre o seu aprendizado, sendo muito bem avaliada por todos.

A mesma estrutura de oficinas foi aplicada com seis membros da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Universitário e teve uma avaliação qualitativa positiva.

Cabe ressaltar que todos os participantes, alunos e os membros da Comissão de Ética, desconheciam o método da deliberação moral. Nunca haviam ouvido falar sobre a deliberação moral e avaliaram positivamente a sua aplicação.

Foram disponibilizadas outras literaturas sobre deliberação moral de Diego Gracia e discussões éticas sobre limitação do esforço terapêutico, a decisão de não ressuscitar, o início e o término de medidas invasivas de apoio à vida, o pedido dos membros da família para aplicar medidas de suporte compreendidas como desproporcionais ou fúteis; assim como o Código de Ética Profissional, visando à instrumentalização para o ensino simulado.

II AÇÃO

Simulação do caso: CUIDADOS PALIATIVOS X MEDIDAS DESPROPORCIONAIS

A simulação ocorreu em 3 (três) momentos que denominamos cenas. Cada cena representa um contexto real que exige raciocínio clínico, tomada de decisão e atitude do(s) participante(s). Algumas cenas representaram o contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e outra, a de uma reunião da equipe multiprofissional para aplicação do método da deliberação moral.

É importante destacar que a simulação, apesar de ter “cenas”, não é um teatro, mas uma atuação realista em um ambiente simulado que favorece o aprendizado antes da experiência com pacientes reais em um hospital ou em outros ambientes de cuidado. Apenas os participantes simulados interpretam um papel. Os alunos e as enfermeiras vão agir em um cenário realístico, sem treinamento prévio, aplicando os conhecimentos adquiridos com o método da deliberação moral.

Cena 1 - na UTI

A enfermeira está avaliando o paciente, senhor João, e recebe a visita da esposa, Sra. Ana, e da filha, Marina.

Apresenta-se para as duas e explica a condição clínica do paciente e as medidas tomadas até o momento pela equipe de saúde. A esposa começa a alterar a voz e exigir que medidas invasivas sejam instituídas ao paciente para a manutenção da sua vida.

A filha fala para a mãe que, em vez de permanecer na UTI, o pai deveria ir para casa com cuidados paliativos, conforme orientado no Hospital Especializado em Oncologia, tendo em vista que ele se encontra em fase terminal de câncer de pulmão com metástases cerebral e óssea.

A enfermeira explica que a equipe de saúde está atendendo às necessidades do paciente e solicita que a esposa e a filha se dirijam à sala anexa à UTI para conversarem com mais tranquilidade.

Cena 1 - Continuação na Sala anexa à UTI



A esposa do paciente discute com a enfermeira exigindo que a equipe de saúde faça todos os procedimentos invasivos e refere que se assim não for feito, ela irá processar o hospital como já está fazendo com a outra instituição especializada em Oncologia.

A enfermeira explica que o senhor João está recebendo todos os cuidados que necessita e que o médico prescreveu analgesia, hidratação, oxigênio, glicose hipertônica e que estão acompanhando a evolução do quadro clínico.

Neste momento, novamente a esposa faz ameaças à equipe de saúde e a filha intervém dizendo que o seu pai sofrerá se permanecer na UTI com todas as medidas

invasivas que sua mãe está solicitando que sejam implementadas. A filha relata que o pai sempre expressava que se um dia estivesse em fase terminal, não gostaria que seu sofrimento fosse prolongado. Queria ter uma morte digna e junto da família. Por isso a filha solicita que o pai tenha alta da UTI para casa para ser cuidado com carinho. Neste momento, a mãe contesta a filha e diz que, mesmo que o seu esposo tenha manifestado que não gostaria de “ficar sofrendo em uma cama” ela não aceita a morte dele e quer que ele permaneça na UTI porque ele tem chance de cura.

A enfermeira pergunta à filha se em casa teria estrutura para manutenção de cuidados paliativos para o Sr. João e ela responde que não sabe muito bem como são esses cuidados paliativos, mas que não quer assistir o prolongamento do sofrimento do seu pai.

A Enfermeira pede licença para as duas mulheres e diz que precisa conversar com a equipe de saúde sobre a situação do Sr. João.

Cena 2 - Sala de Reuniões - Aplicação do método da Deliberação Moral pelos participantes da pesquisa que representam a equipe multidisciplinar de saúde.



O grupo de participantes (três enfermeiras e dois alunos) aplica o método da deliberação moral de Diego Gracia.

Abaixo será apresentada a experiência construída por um dos grupos que aplicou o método.

Deliberação sobre os fatos

Apresentação do caso clínico

A enfermeira que está coordenando a sessão de deliberação moral apresenta o caso:

Sr. João, internado na UTI, diagnóstico de câncer de pulmão em fase final com metástase cerebral e óssea; finalizou o último ciclo de tratamento com quimioterapia e não há mais indicação médica de outros tipos de tratamento para o câncer, tendo em vista o prognóstico reservado. Foi indicado cuidados paliativos no Hospital Especializado em Oncologia. Apresenta dor generalizada, há dois dias está sonolento, gemente e apresenta períodos de confusão mental. Tem diabetes mellitus e está apresentando quadros de hipoglicemia.

Ao exame físico, apresenta-se gemente, nível de consciência rebaixado, com frequência respiratória de 10 mrm, PA 98x64 mmHg, Sat O₂ 89%, T.35,8°C, FC 104 bpm, desidratado, sem diurese desde ontem, HGT 39mg/dL. Foi prescrito pelo médico analgesia, hidratação, cateter de O₂ a 3L/min e glicose hipertônica se necessário. O senhor João tem rede venosa periférica fragilizada e a Enfermeira puncionou uma veia jugular externa.

A família do Sr. João é constituída pela esposa e pela filha solteira de 36 anos que mora com os pais. A esposa não aceitou a indicação de cuidados paliativos da equipe médica do Hospital Especializado em Oncologia e trouxe para este Hospital Geral para que o paciente fosse internado na UTI e que medidas invasivas tais como intubação orotraqueal; acesso venoso profunda; drogas vasoativas; hemodiálise fossem instituídas. Paciente tem fragilidade venosa periférica em membros superiores e está com acesso em jugular externa. A esposa está muito alterada e exige medidas invasivas e a manutenção do esposo na UTI, caso contrário irá processar a equipe de saúde. A filha entende a situação e aceita os cuidados paliativos, mas quer levar o pai para casa, no entanto, não dispõe do suporte necessário para a manutenção de cuidados paliativos em domicílio.

Esclarecimento dos fatos do caso

Um dos membros da equipe multidisciplinar (representada pelos participantes da pesquisa) questionou se o Sr. João tinha algum documento que expressasse a sua vontade em caso de doença terminal. A enfermeira que estava apresentando o caso esclareceu que a filha informou que seu pai sempre falava que se um dia estivesse em

fase terminal, não gostaria que seu sofrimento fosse prolongado. Queria ter uma morte digna junto da família, mas a filha não tem nenhum documento por escrito.

Outros participantes questionaram se a filha solicitou alguma orientação da equipe e a enfermeira coordenadora da sessão de deliberação informou que a filha pediu que a equipe de saúde conversasse com a sua mãe, explicando melhor a situação porque ela não quer que seu pai seja submetido a sofrimento intenso se não vai reverter o seu quadro crítico.

A enfermeira também informou que a mãe e a filha estão em conflito de decisão sobre o tratamento: a filha quer levar o pai para casa e adotar cuidados paliativos, mas não tem o suporte necessário para tal. Quer respeitar a vontade do pai de não prolongar a vida com instituição de medidas extraordinárias. A esposa não aceita a implementação de cuidados paliativos. Considera negligência da equipe de saúde o planejamento de cuidados paliativos. Encontra-se em negação do processo de morte do esposo.

Deliberação sobre valores

Identificação dos problemas éticos



- Deve-se respeitar a vontade de um familiar quando ele parece desconsiderar a vontade do paciente anteriormente expressada?
- Deve-se respeitar a sugestão da filha de implementar cuidados paliativos domiciliares, considerando que ela não compreende muito bem a complexidade destes cuidados e não sabe se teriam condições para a manutenção deles?

- Deve-se tomar alguma decisão antes que os familiares estejam completamente esclarecidos sobre as consequências das medidas que solicitam?
- O prolongamento da vida deve ser priorizado à qualidade da vida?
- Deve-se implementar medidas invasivas e desnecessárias quando o paciente se encontra em estado terminal?
- Deve-se manter um paciente na UTI sem indicação clínica?
- Seria razoável indicar cuidados paliativos, mas manter o paciente na UTI?
- É justo manter um paciente na UTI em estado terminal quando leitos de UTI são escassos e faltam para outros pacientes recuperáveis?
- Deve-se respeitar a vontade de um paciente mesmo quando não documentada?
- Deve-se atender um pedido por receio de processo?

Eleição do problema ético a deliberar

Frente a indicação clínica de cuidados paliativos e da solicitação da esposa de instituir medidas invasivas, o que devo fazer?

Identificação dos valores em conflito



Bem-estar (do paciente) X Respeito (à decisão/desejo da esposa)

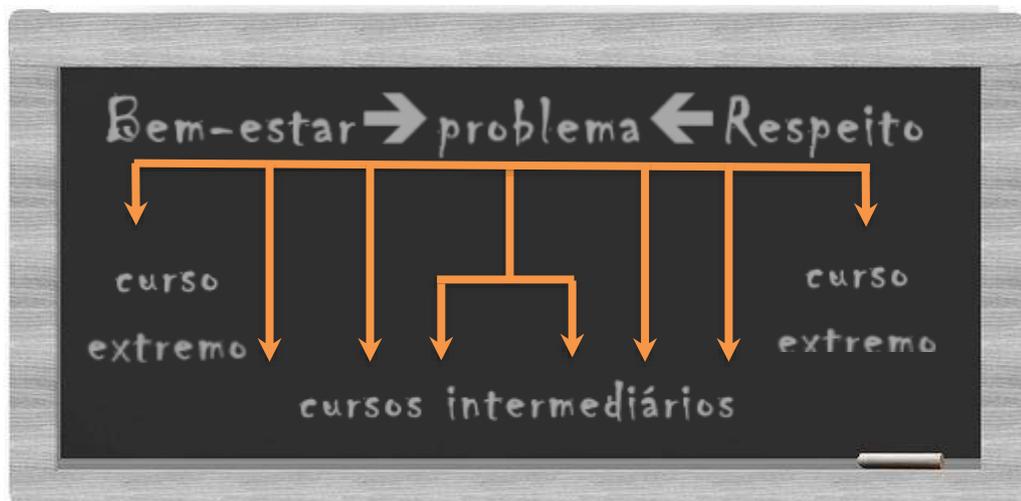
Deliberação sobre os deveres

Identificação dos cursos de ação possíveis

Identificação dos cursos de ação extremos

- a) Respeitar a vontade da esposa e manter o paciente na UTI e instituir medidas invasivas, mantendo a vida a qualquer custo.
- b) Respeitar a vontade da filha e dar alta hospitalar para que sejam realizados cuidados paliativos na residência do paciente.

Identificação dos cursos de ação intermediários



- A. Iniciar abordagem multiprofissional com a família, visando dar apoio à esposa quanto ao significado do viver com qualidade de vida, ressignificando o processo saúde-doença, vida-morte
- B. Oferecer suporte psicológico à esposa e à filha
- C. Explicar para a família o que significa cuidados paliativos e qual a proposta de cuidados para o Sr. João
- D. Explicar os riscos e o desconforto desproporcionais dos procedimentos invasivos ao se tomar medidas fúteis
- E. Manter o paciente internado em unidade de clínica médica com medidas de conforto
- F. Ampliar o horário de visitas e permitir a permanência da família com o paciente

- G. Instituir protocolo de cuidados paliativos no hospital

Identificação do curso de ação ótimo

- a) Oferecer suporte psicológico à esposa e filha
- b) Reunir a equipe multidisciplinar com a esposa e a filha para abordagem do tema processo de viver e morrer com qualidade e para esclarecer a proposta de cuidados paliativos
- c) Transferir o paciente para uma unidade de internação com cuidados paliativos, visita ampliada e permanência da família

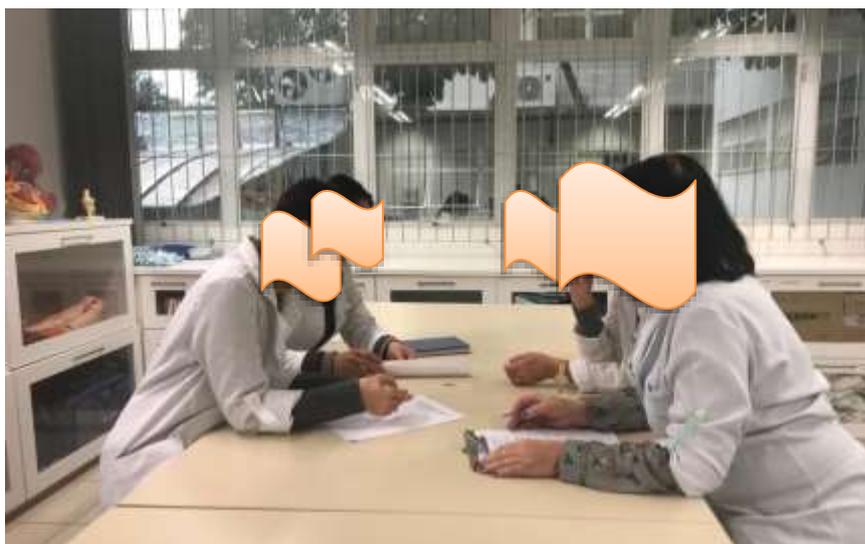
Aplicação das provas de consistência do curso de ação ótimo

- a) Prova da legalidade: a decisão é respaldada cientificamente, pois todo o tratamento disponível e indicado para a doença do paciente foi instituído sem sucesso, resultando em um prognóstico reservado. A instituição de cuidados paliativos neste caso está fundamentada pelos códigos de ética dos profissionais da saúde.
- b) Prova de publicidade: a decisão da equipe pode ser defendida publicamente porque é a mais prudente dentro da realidade apresentada.
- c) Prova de temporalidade: a equipe escolheria este mesmo curso de ação se tivesse mais tempo para decidir porque as possibilidades foram suficientemente analisadas e não houve pressa na tomada de decisão.

Decisão final

Oferecer suporte psicológico à esposa e filha; reunir a equipe multidisciplinar com a esposa e a filha para abordagem do tema processo de viver e morrer com qualidade e para esclarecer a proposta de cuidados paliativos; transferir o paciente para uma unidade de internação com cuidados paliativos, visita ampliada e permanência da família.

Cena 3 - Sala anexa da UTI - comunicação da deliberação aos familiares



A equipe multidisciplinar se reuniu com a esposa e a filha do paciente e apresentou a proposta sugerida na sessão de deliberação moral, esclarecendo todas as dúvidas suscitadas pela família. A filha prontamente aceitou a sugestão, mas a esposa solicitou um tempo para pensar melhor sobre a proposta. A equipe de saúde fez o encaminhamento para o suporte psicológico e reforçou a sua disponibilidade em manter o contato e o diálogo com a família durante todo o cuidado do paciente.



III REFLEXÃO/DEBRIEFING

No momento do *Debriefing* os participantes fizeram uma avaliação inicial de como se sentiram em todo o processo e em seguida assistiram as filmagens, apontando as potencialidades e fragilidades da sua atuação na simulação.

Avaliação qualitativa realizada por todo o grupo de participantes sobre a aplicação do método da deliberação moral e o contexto da simulação

A avaliação de todo o processo do ensino simulado da deliberação moral foi muito positiva desde o planejamento até a concretização do ensino simulado. Apresentamos uma avaliação qualitativa e outra quantitativa.

Em relação à instrumentalização dos participantes sobre o método deliberativo moral (MDM) de Diego Gracia¹⁻², na pré-simulação, os relatos traduzem a compreensão do método pelos participantes da pesquisa a partir das oficinas realizadas pela pesquisadora, a disponibilização de literaturas prévias, a aplicação do método junto com a pesquisadora em um caso de deliberação moral. Os participantes sentiram-se seguros na aplicação do método.

Quando avaliado o ensino simulado, os participantes foram unânimes em afirmar que a simulação proporciona um ambiente tão realístico que ao final se compara àquilo que se faria na teoria (idealização) e o que realmente se faz (simulação). Os participantes se sentiram seguros para agir diante da situação apresentada.

O número de participantes por grupo de simulação favoreceu o envolvimento de todos. Essa aproximação da teoria à prática em um tema pouco desenvolvido na graduação em enfermagem (abordagem dos problemas éticos da assistência) proporcionou aos participantes uma experiência exitosa, uma discussão coletiva com respeito, ouvindo e sendo ouvido pelos colegas, enfim mostrando que todos os profissionais atuantes no processo de cuidar são importantes em sua participação.

O ensino simulado é uma técnica que estimula o desenvolvimento do pensamento reflexivo e da ação, capacitando o futuro profissional para a vivência de situações que serão enfrentadas na prática profissional. Nas avaliações, os participantes enfatizaram a oportunidade de aprendizado proporcionada pela Pesquisa, sugerindo a

continuidade do projeto para que outros estudantes e enfermeiros possam ser contemplados, tendo em vista que se sentiram privilegiados por terem participado.

Na avaliação da aplicação do método da deliberação moral de Diego Gracia, foi ressaltado que a instrumentalização prévia foi um aspecto positivo em um tema que consideram bastante subjetivo, a ética. O MDM organiza o pensamento, empodera a equipe para a tomada de decisão, evita que problemas éticos se transformem em dilemas que resultem em tomada de decisão polarizada, ou seja, em duas possibilidades excludentes entre si. Uma das participantes, inclusive falou que esse método pode auxiliar na análise de decisões difíceis na vida pessoal.

Também foi relatado que o método, o roteiro e a equipe fizeram toda a diferença. Sentiram-se seguros para discutir o caso simulado e assinalaram a relevância da discussão em equipe, o saber ouvir e acolher os outros pontos de vista, considerando que todos os participantes são importantes e podem contribuir com seus conhecimentos.

Avaliação quantitativa: aplicação da Escala¹³ de avaliação da satisfação e autoconfiança na aprendizagem dos estudantes

A Escala de Satisfação dos Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem, originalmente norte-americana, construída pela *National League for Nursing*, validada para língua portuguesa por Almeida et al¹³, foi aplicada aos participantes. A escala consta de uma série de declarações sobre as atitudes pessoais do participante referente à orientação que recebeu durante a atividade de simulação. Cada um dos 13 itens, em escala *likert* de cinco pontos (variando de 1-discordo fortemente da afirmação, 2-discordo da afirmação, 3-indeciso: nem concordo e nem discordo da afirmação, 4-concordo com a afirmação, e 5-concordo fortemente com a afirmação), representa uma declaração sobre a atitude do participante em relação à satisfação com a aprendizagem e a autoconfiança. Os itens são distribuídos em duas dimensões: “Satisfação com a aprendizagem atual” e “Autoconfiança na aprendizagem”. Não há respostas certas ou erradas. O participante vai provavelmente concordar com algumas declarações e não concordar com outras.¹³

Para a utilização da Escala¹³ neste contexto, considerando a especificidade de sua aplicação, três questões foram ajustadas para melhor se referirem ao tema abordado, isto é, nos itens de número 2 e 7 o termo “currículo médico-cirúrgico” foi substituído por

“Método da Deliberação Moral”, e no item de número 8, o cenário já mencionado “ambiente clínico” foi complementado “com conflitos éticos”.

Os 14 participantes responderam a Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem. O número pequeno de participantes não nos permitiu realizar generalizações e associações quantitativas de forma representativa. Nesse sentido, optou-se por apresentar os resultados de forma descritiva na avaliação da simulação, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise descritiva da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem aplicada aos participantes da simulação. Florianópolis, SC - Brasil. 2019. (n=14)

Descrição do Item	1	2	3	4	5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Satisfação com a aprendizagem atual					
1. Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes					4(100)
2. A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem do currículo médico-cirúrgico					4(100)
3. Eu gostei do modo como meu professor ensinou através da simulação					4(100)
4. Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender					4(100)
5. A forma como o meu professor ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo					4(100)
A autoconfiança na aprendizagem					
6. Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que meu professor me apresentou			(7,1)	0(71,5)	(21,4)
7. Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio do conteúdo do currículo médico-cirúrgico				(7,1)	3(92,9)
8. Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente clínico				(35,7)	(64,3)
9. O meu professor utilizou recursos úteis para ensinar a simulação				(7,1)	3(92,9)
10. É minha responsabilidade como o aluno aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação				(14,3)	2(85,7)
11. Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação			(7,1)		3(92,9)

12. Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades	(7,1)	(42,9)	(50)
13. É responsabilidade do professor dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula	(7,1)	(42,9)	(21,4) (28,6)

Fonte: Resultados da Pesquisa. Escala de Almeida et al. (2015).

Legenda: 1 - Discordo fortemente da afirmação; 2 - Discordo da afirmação; 3 - Indeciso, nem concordo e nem discordo da afirmação; 4 - Concordo com a afirmação; e, 5 - Concordo fortemente com a afirmação.

Na dimensão “Satisfação com a aprendizagem atual” que se refere às cinco questões iniciais da Escala, todos os participantes 100% (n=14) concordaram fortemente com todas as afirmações, traduzindo que todas as etapas do ensino simulado foram úteis e eficazes e que a simulação promoveu a aprendizagem, sendo motivadora.

Na dimensão “Autoconfiança na aprendizagem”, representada pelas questões de 6 a 13, as respostas não foram unânimes como na primeira dimensão. Na análise desses itens agruparam-se as opções de resposta “concordo com a afirmação” e “concordo fortemente com a afirmação”, por entender que dizem respeito à concordância aos itens. Assim nas questões de 7 a 10 obteve-se 100% (n=14) de concordância. Já nos itens 6, 11 e 12 houve 7,1% (n=1) de indecisos em cada um, e no item 13 houve 42,9% (n=6) de indecisos e 7,1% (n=1) de discordância.

Desta forma, apenas o item de número 13, que se refere à responsabilidade do professor de dizer o que o participante deve aprender durante realização da simulação é que gerou maiores diferenças de percepção, em que 50% dos participantes concordaram, e os outros 50% ficaram indecisos ou discordaram.

Por fim, foi possível verificar por meio das medidas de posição e dispersão, que na dimensão de satisfação com a aprendizagem a média foi de 5,00, pois 100% dos participantes concordaram fortemente, sem apresentar variabilidade. E na dimensão da autoconfiança na aprendizagem a média foi de 4,56(DP±0,30) indicando elevada concordância. Assim, de forma geral, identificou-se, com a aplicação da escala, que em todos os itens, agrupando-se as opções de concordância, a totalidade ou maioria dos participantes, concordou com as afirmações sinalizando uma avaliação positiva da simulação.

Para minimizar o viés de informação foi calculado o alfa de Cronbach como uma medida de confiabilidade, em que se verificou um valor de 0,60 para o instrumento, o que é aceitável em estudos exploratórios¹⁴, como nessa situação, porém apresenta como limitação o número pequeno de respondentes e a variância zero da primeira dimensão.

OBSERVAÇÃO (pela Pesquisadora)



Coleta de dados: com a autorização de todos os participantes da pesquisa e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) todo o processo de ensino simulado foi filmado e fotografado e a etapa de *debriefing* foi gravada. As falas das filmagens foram transcritas, bem como as gravações de fala do *debriefing*.

Filmagem: as imagens gravadas foram arquivadas pela pesquisadora e serão deletadas após cinco anos da finalização da pesquisa. Não serão utilizadas para outros fins que não os da pesquisa. Ressalta-se que os participantes autorizaram a publicação das imagens fotografadas para fins de divulgação dos resultados da pesquisa.

A pesquisadora fez observação não participante da Cena 1 realizada na UTI e Sala anexa. Considerando que na simulação os protagonistas são os aprendizes, a pesquisadora optou por não observar os participantes aplicarem o método da deliberação moral, na Cena 2, para não interferir na dinâmica de aplicação e porque as cenas estavam sendo filmadas e depois seriam assistidas na etapa de avaliação/ reflexão/*debriefing*.

Nas cenas observadas, as “atrizes” (participantes simulados) desenvolveram seus papéis com muita emoção e os alunos e enfermeiras vivenciaram a simulação agindo de forma adequada, conforme se espera de um profissional em um contexto semelhante na prática profissional. Destaca-se a comunicação adequada dos participantes com as “atrizes”, a postura de acolhimento da família, a preocupação de não discutir diante do “paciente simulado”, a escuta qualificada.

Cabe esclarecer que os alunos/as e enfermeiras participantes foram instrumentalizados quanto à aplicação do método da deliberação moral e sobre o tema que seria abordado, visando à apropriação de conhecimentos que sustentassem as

discussões, mas não foi realizado ensaio das cenas que seriam vivenciadas por eles. A pesquisadora fez o ensaio apenas com as atrizes. O papel do/a enfermeiro/a foi desenvolvido por alunos/as da 8ª fase em diante, demonstrando maturidade e experiência com a simulação, tendo em vista que no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade, local do estudo, as atividades com simulação clínica iniciam-se na 3ª fase.

Na aplicação do método da deliberação moral, cena 2, os participantes questionaram sobre o caso apresentado, expuseram suas opiniões, refletiram sobre o cuidado de forma ampliada, discutindo as consequências de cada curso de ação identificado: os extremos, os intermediários e o ótimo.

Na cena 3, quando ocorreu a comunicação da deliberação aos familiares, pode-se observar a capacidade de argumentação da equipe, demonstrando segurança naquilo que havia sido discutido previamente, sendo evidente a construção do conhecimento proporcionado pela discussão guiada pelo método da deliberação moral.

No *debriefing* cada um dos participantes avaliou todo o processo do ensino simulado da deliberação moral, levando a pesquisadora a concluir que foi uma experiência exitosa. Muitos participantes agradeceram a oportunidade de aprendizado e sugeriram que seja desenvolvida uma disciplina ou um curso para que outros alunos e enfermeiros possam ser contemplados com essa experiência.

Referências (Parte 3)

1. Gracia D. La deliberación como método da bioética. In: Porto D, et al (Org.). Bioética: saúde, pesquisa, educação. CFM/SBB: Brasília; 2014. v.2. p. 223-259.
2. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med. Clin. 2001; 117(1):18-23.
3. Tan DYB, ter Meulen BC, Molewijk A, Widdershoven G. Moral case deliberation. Pract Neurol. 2018; 18:181–6. doi:10.1136/practneurol-2017-001740.
4. Svantesson M, Silén M, James I. It's not all about moral reasoning: understanding the content of moral case deliberation. Nursing Ethics. 2018; 25(2): 212-29. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733017700235>.
5. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. J Med Ethics [online]. 2008a [citado 2018 Dez 19]; 34(2): 120-4. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.018580>.

6. Molewijk B, Van Zadelhoff E, Lendemeijer B, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in Dutch health care; Improving moral competency of professionals and the quality of care. *Bioethica Forum*. [Internet], 2008b [citado em 2018 Dez 19]; 1(1): 57–65. Disponível em: http://www.bioethica-forum.ch/docs/08_1/1_08_12.pdf.
7. Molewijk B, Verkerk M, Milius H, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*. [Internet] 2008c Mar [citado 2018 Dez 19]; 11(1): 43–56. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-007-9103-1>.
8. Plantinga M, Molewijk B, de Bree M, Moraal M, Verkerk M, Widdershoven GAM. Training healthcare professionals as moral case deliberation facilitators: evaluation of a Dutch training programme. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 38(10): 630–5. Doi: 10.1136/medethics-2012-100546.
9. van der Dam S, Abma TA, Molewijk AC, Kardol MJ, Schols JM, Widdershoven GA. Organizing moral case deliberation Experiences in two Dutch nursing homes. *Nursing Ethics*. 2011; 18 (3):327–40. DOI: 10.1177/0969733011400299.
10. van der Dam S, Schols JM, Kardol MJ, Molewijk BC, Widdershoven GA, Abmad TA. The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. *Social Science & Medicine* [online]. 2013; 83: 125-32. Doi:10.1016/j.socscimed.2013.01.024.
11. Molewijk, B.; Kleinlugtenbelt, D.; Widdershoven, G. The role of emotions in moral case deliberation: theory, practice, and methodology. *Bioethics*. 2011 Sep; 25(7):383-93. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01914.x.
12. Zoboli E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2013 Dez [citado 2019 Mar 15]; 21(3): 389-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300002>.
13. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Baptista RCN, Girão FB, Mendes IAC. (2015). Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. *Rev. Lat.-am. Enferm.* [Internet]. 1dez.2015 [citado 2019 Abr 25];23(6):1007-13. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/108010>.
14. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta obra agradecemos a todos os participantes do estudo que se engajaram nas suas várias etapas por acreditarem na relevância do tema. O que mobilizou as reflexões desenvolvidas por todos foi o compromisso com a formação ética em saúde e com o desafio de desenvolver estratégias para a instrumentalização do profissional no enfrentamento da complexidade do cuidado ao ser humano em suas várias dimensões.

Agradecemos às colegas autoras dos capítulos ora apresentados, que com sua expertise, dedicação e crença na formação de qualidade na área da saúde, compartilharam seus conhecimentos para ampliar a sustentação do conhecimento desenvolvido nessa pesquisa. Os esforços conjuntos contribuem para o alcance dos objetivos da formação e educação permanente em saúde.

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPEs, pelo financiamento desta pesquisa, resultante do Prêmio Capes de Teses 2011 revertido em Financiamento de Projeto de Pesquisa. As pesquisas que tenham a ética como objeto de estudo devem ser estimuladas, visando à formação e ação dos profissionais da saúde no cuidado não somente técnico, mas ético e humanizado.

As informações aqui disponibilizadas podem ser aplicadas dentro do contexto do ensino da ética sob várias metodologias que estimulem a sensibilidade moral e a decisão deliberada como a mais prudente na situação vivenciada em determinado contexto, pois o profissional da saúde precisa desenvolver olhar e atitudes empáticas quando cuida do ser humano.

O método da deliberação moral instrumentaliza os profissionais da saúde na seleção do curso de ação mais prudente nos diversos contextos de atuação, considerando os aspectos clínicos, psicossociais, espirituais, morais e éticos que envolvem a complexidade do viver humano. A deliberação ocorre por meio do diálogo, do respeito a outros pontos de vista, de reflexões sobre as responsabilidades profissionais e as consequências das ações. Nesse sentido, educar por meio da deliberação moral proporciona um aprendizado que pode ser utilizado nas ações do dia a dia, na tomada de decisões difíceis, evitando as opções dilemáticas, que colocam o profissional nos limites entre duas opções contrárias e sujeito ao sofrimento moral.

A estratégia de ensino simulado foi escolhida entre as diversas metodologias ativas disponíveis, para concretizar o ensino da ética, pois oferece ao educando a oportunidade de atuar em uma situação realística, de poder revisar a sua atuação e de refletir sobre o agir ético diante das situações que vivenciará na prática profissional. A oportunidade de aplicação do método da deliberação moral de Diego Gracia em um ambiente realístico controlado foi considerada única pelos participantes em nossa realidade e ofereceu a possibilidade de sistematizar o pensamento, ouvir as opiniões e pontos de vistas dos colegas, estimulou o respeito às opiniões divergentes, enfim, proporcionou o olhar ético tanto na situação fictícia apresentada quanto na convivência com os colegas da equipe multiprofissional, característica do trabalho coletivo em saúde.

O Guia para a elaboração dos casos para a aplicação do método da deliberação moral é outra ferramenta proposta nessa pesquisa e que oferece a oportunidade de direcionamento e sistematização de casos fictícios que contemplem as informações necessárias para a aplicação do método da deliberação moral no desenvolvimento de competências ético-morais. Essa etapa de construção e organização de casos simulados também se configura como um momento de aprendizado, oportunizando a reflexão sobre os problemas éticos vivenciados pelos profissionais da saúde na sua prática.

Enfim, esperamos que esta obra contribua para a criação de estratégias de ensino que visem ao aprendizado e desenvolvimento de competências ético-morais para a formação de um profissional crítico, reflexivo e atuante na busca dos melhores resultados no cuidado à saúde e qualidade de vida das pessoas.

Dulcinéia Ghizoni Schneider

Flávia Regina Souza Ramos