

Darci de Oliveira Santa Rosa
Mariana Oliveira Antunes Ferraz
Alciene Pereira da Silva
(Organizadoras)

Ética

em Ciências da Saúde:
formação, pesquisa e cuidado.



EDIÇÕES
UESB



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)

Reitor

Prof. Dr. Luiz Otávio de Magalhães

Vice-Reitor

Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes

Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEX)

Prof^a Dr^a Gleide Magali Lemos Pinheiro

Diretora da Edições UESB

Me. Manuella Lopes Cajaíba

Editor

Yuri Chaves Souza Lima

COMITÊ EDITORIAL

Presidente

Prof^a Dr^a Gleide Magali Lemos Pinheiro (PROEX)

Representantes dos Departamentos/Áreas de Conhecimento

Prof^a Dr^a Alba Benemerita Alves Vilela (DS II)

Prof^a Dr^a Delza Rodrigues de Carvalho (DCSA)

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti (DS 1)

Prof. Dr. Flávio Antônio Fernandes Reis (DELL)

Prof. Dr. José Antonio Gonçalves dos Santos (DCSA)

Prof. Dr. José Rubens Mascarenhas de Almeida (DH)

Prof. Dr. Luciano Brito Rodrigues (DTRA)

Prof^a Dr^a Sylvana Naomi Matsumoto (DFZ)

Representantes da Edições UESB

Me. Manuella Lopes Cajaíba (Diretora)

Esp. Yuri Chaves Souza Lima (Editor)

Adm. Jacinto Braz David Filho (Revisor)

Dr. Natalino Perovano Filho (Portal de Periódicos)

Produção Editorial

Normalização Técnica

Jacinto Braz David Filho

Revisão de linguagem

Beatriz Vieira Souza e Iasmin Moutinho Machado

Editoração Eletrônica

Ana Cristina Novais Menezes (DRT-BA 1613)

Capa

Arte Gráfica: Warley Souza dos Reis

Ilustrações: Imagem de Alexander Antropov por Pixabay (planeta), Imagem de Iris, Helen, Silvy por Pixabay (PNG), Imagem de Felix Dilly por Pixabay (Natureza), Imagem de Pexels por Pixabay (Livro).

Publicado em: março de 2026.

Darci de Oliveira Santa Rosa
Mariana Oliveira Antunes Ferraz
Alciene Pereira da Silva
(Organizadoras)

ÉTICA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: FORMAÇÃO, PESQUISA E CUIDADO



Vitória da Conquista – Bahia
2026

Copyright © 2025 by Organizadoras.
Todos os direitos desta edição são reservados a Edições UESB.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação de direitos autorais
(Lei 9.610/98).

Livro selecionado conforme Edital UESB N.º 102/2022
Publicação de livros técnico-científicos em formato digital (e-books)

E86

Ética em ciências da saúde: formação, pesquisa e cuidado. [recurso eletrônico]. Orgs.
Darci de Oliveira Santa Rosa, Mariana Oliveira Antunes Ferraz, Alciene Pereira
da Silva. — Vitória da Conquista: Edições UESB, 2026.

131 p.

ISBN 978-65-87106-92-2

E-book

1. Bioética. 2. Ética. 3. Ética em pesquisa. 4. Formação de recursos humanos.
5. Tomada de decisões. I. Santa Rosa, Darci Oliveira. II. Ferraz, Mariana Oliveira
Antunes. III. Silva, Alciene Pereira da. IV. T.

CDD: 174.957

Catálogo na fonte: Karolyne Alcântara Profeta — CRB 5/2134
Biblioteca Universitária Professor Antonio de Moura Pereira UESB
Campus de Vitória da Conquista

Editora filiada à:



Campus Universitário – Caixa Postal 95 – Fone: 77 3424-8716
Estrada do Bem-Querer, s/n – Módulo da Biblioteca, 1º andar
45031-900 – Vitória da Conquista – Bahia
www2.uesb.br/editora – E-mail: edicoesuesb@uesb.edu.br

Para todos àqueles que vivem o cotidiano do cuidado.

SUMÁRIO

Sobre as Autoras e Autores.....	8
Apresentação	
<i>Autoras e autores.....</i>	<i>12</i>
Prefácio	
<i>Camila Vasconcelos.....</i>	<i>16</i>
Capítulo 1 – Aspectos facilitadores e de limitação no ensino da Bioética nos cursos de enfermagem	
<i>Rose Manuela Marta Santos, Ana Cristina Santos Duarte, Darci de Oliveira Santa Rosa e Sérgio Donha Yarid.....</i>	<i>18</i>
Capítulo 2 – Formação para competência ética da enfermeira para tomar decisões na região Nordeste brasileira	
<i>Elis Nunes Neiva, Darci de Oliveira Santa Rosa, Kelly Cruz Pimentel Sampaio, Ana Carla Carvalho Coelho, Simone da Silva Oliveira e Aline Raposo Ramos.....</i>	<i>31</i>
Capítulo 3 – Reflexões acerca das propostas curriculares na formação do (a) enfermeiro (a): do contexto histórico aos dias atuais	
<i>Rose Manuela Marta Santos, Ana Cristina Santos Duarte, Darci de Oliveira Santa Rosa e Sérgio Donha Yarid.....</i>	<i>37</i>
Capítulo 4 – Direitos autorais, conflitos de interesses e as retratações nas publicações científicas durante a pandemia de COVID-19	
<i>Adriana Tedgue Ribeiro, Alciene Pereira da Silva, Amanda Aparecida Silva Rios, Ana Karina Lima Alves Cerdeira, Márcia Maria Carneiro Oliveira e Darci de Oliveira Santa Rosa.....</i>	<i>51</i>
Capítulo 5 – Boas práticas em pesquisa clínica	
<i>Ednalva Alves Heliodoro, Gabriela Nunes Azevedo, Érika Cássia de Matos Pereira, Jandrice Carrasco de Andrade, Darci de Oliveira Santa Rosa e Márcia Maria Carneiro Oliveira.....</i>	<i>61</i>

Capítulo 6 – Contribuições dos Comitês de Ética em Pesquisa na regulação de pesquisas que envolvem seres humanos	
<i>Rosinete Souza Barata, Karla Ferraz dos Anjos, Darci de Oliveira Santa Rosa, Andréa Maria Elentério de Barros Lima Martins, Carolina Mello Teixeira Pitzer e Ricardo Henrique Gonçalves de Moura.....</i>	<i>67</i>
Capítulo 7 – Sensibilidade moral dos enfermeiros e fatores associados na Atenção Primária à Saúde	
<i>Carlise Rigon Dalla Nora.....</i>	<i>73</i>
Capítulo 8 – Dilemas éticos vivenciados por enfermeiras diante da ordem de não reanimar em Unidade de Terapia Intensiva	
<i>Mayra Lúiza Matos Evangelista de Souza, Marluce Alves Nunes Oliveira, Elaine Guedes Fontoura, Adrielle Fera Moura Freitas, Maryana Carneiro de Queiroz Ferreira e Íris Cristy da Silva e Silva.....</i>	<i>84</i>
Capítulo 9 – Deliberação moral para a prática de enfermeiras em emergências no cenário da COVID-19: reflexão Bioética	
<i>Simone da Silva Oliveira, Mariana Oliveira Antunes Ferraz, Layse Kelle Silva Lirio, Rosângela Rodrigues Lima e Darci de Oliveira Santa Rosa.....</i>	<i>97</i>
Capítulo 10 – Sensibilidade moral de enfermeiros na tomada de decisões no contexto da urgência e emergência: revisão integrativa	
<i>Larissa Dantas Ferreira, Mariana Oliveira Antunes Ferraz, Darci de Oliveira Santa Rosa, Deisy Vital dos Santos e Rosinete Souza Barata.....</i>	<i>105</i>
Capítulo 11 – Aspectos éticos dos registros sobre cuidados às pessoas com hipertensão arterial na literatura de enfermagem	
<i>Cleise Cristine Ribeiro Borges Oliveira, Maria Tarcila Souza Reis de Miranda, Rosângela Rodrigues Lima, Cláudia Geovana da Silva Pires e Darci de Oliveira Santa Rosa.....</i>	<i>117</i>

SOBRE AS AUTORAS E AUTORES

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA

Enfermeira. Pós-Doutora em Bioética pela Universidade dos Açores, Portugal. Professora Titular de Ética, Bioética e Análise Existencial Frankliana na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Permanente no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA. Líder do Grupo de Estudos sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem. Membro Permanente da Comissão de Ética da Sociedade Brasileira de Bioética, Regional Bahia.

MARIANA OLIVEIRA ANTUNES FERRAZ

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde pela UFBA. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Membro do Grupo de Estudos em Educação, Ética e Exercício da Enfermagem (UFBA) e do Grupo de Pesquisa Formação e Cuidado em Enfermagem e Saúde (UESB).

ALCIENE PEREIRA DA SILVA

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde e da Vida (UFN) e em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente (UESC). Pesquisadora no Campo da neurociência, letramento em saúde, tecnologia aplicada ao cuidado de enfermagem ao doente crônico. É membro do grupo de pesquisa Segurança Pública, Saúde, Direito e Risco da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Ética/Bioética e Exercício de Enfermagem.

ADRIANA TEDGUE RIBEIRO

Enfermeira. Intensivista Neonatal e Pediátrica. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Bacharela em Direito.

ADRIELLE FERA MOURA FREITAS

Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Colaboradora do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES).

AMANDA APARECIDA SILVA RIOS

Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Universidade Federal da Bahia. Mestranda no programa de Enfermagem em Saúde pela UFBA.

ANA CRISTINA SANTOS DUARTE

Bióloga. Pós-Doutora em Didática. Professora Pleno do curso de Ciências Biológicas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da (PPGES/UESB).

ANA KARINA LIMA ALVES CERDEIRA

Enfermeira. Mestre em Gestão e Inovação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

ANDRÉA MARIA ELEUTÉRIO DE BARROS LIMA MARTINS

Dentista, Doutora em Saúde Pública / Epidemiologia Faculdade de Medicina da UFMG, Professora e Líder do Grupo de Pesquisa Vigilância e Letramento em Saúde GPVLS, na Universidade de Montes Claros-Unimontes. Montes Claros, Minas Gerais.

CARLISE RIGON DALLA NORA

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa (UCP), Porto, Portugal. Mestre em Saúde Coletiva. Docente na Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva (EENFSC) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora sobre o tema da ética em enfermagem, Bioética e saúde coletiva.

CAROLINA MELLO TEIXEIRA PITZER

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFBA. Especialista em Terapia Intensiva sob formato de residência pela parceria UFBA/ISG/SESAB. Colaboradora no Grupo de Estudos em Educação, Exercício e Ética em Enfermagem (EXERCE) – UFBA.

CLÁUDIA GEOVANA DA SILVA PIRES

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Vice-líder do Grupo Interdisciplinar Sobre o Cuidado a Saúde Cardiovascular (GISC).

CLEISE CRISTINE RIBEIRO BORGES OLIVEIRA

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem da UFBA. Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Centro de Recuperação Pós-Anestésica, Centro de Materiais Esterilizados. Doutoranda da Universidade Federal da Bahia. Colaboradora no Grupo Interdisciplinar Sobre o Cuidado a Saúde Cardiovascular (GISC) e egressa da disciplina de Bioética.

DEISY VITAL DOS SANTOS

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB/Centro de Ciências da Saúde). Docente do componente curricular Bioética.

EDNALVA ALVES HELIODORO

Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Colaboradora no Grupo de Estudos em Educação, Exercício e Ética em Enfermagem (EXERCE).

ELAINE GUEDES FONTOURA

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Professora Plena da UEFS. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES).

ÉRIKA CÁSSIA DE MATOS PEREIRA

Enfermeira. Especialista em UTI Neonatal e Pediátrica pela Universidade Federal da Bahia. Aluna especial do componente de Ética e Bioética do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA.

GABRIELA NUNES AZEVEDO

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal da Bahia. Colaboradora no Grupo de Estudos em Educação, Exercício e Ética em Enfermagem (EXERCE). Mestra em Enfermagem e Saúde pela UFBA.

ÍRIS CRISTY DA SILVA E SILVA

Enfermeira Universidade Estadual de Feira de Santana. Colaboradora do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES).

JANDRICE CARRASCO DE ANDRADE

Enfermeira. Mestre em Tecnologias em Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Aluna regular do componente de Ética e Bioética do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA.

KARLA FERRAZ DOS ANJOS

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora da UNIME Salvador. Pesquisadora no Grupo de Estudos em Educação, Exercício e Ética em Enfermagem (EXERCE).

LARISSA DANTAS FERREIRA

Estudante de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Participante do Grupo de Estudos em Educação, Exercício e Ética em Enfermagem (EXERCE).

LAYSE KELLE SILVA LIRIO.

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Colaboradora no Grupo de Estudos em Educação, Exercício e Ética em Enfermagem (EXERCE).

MÁRCIA MARIA CARNEIRO OLIVEIRA

Enfermeira. Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Docente do componente de Ética e Bioética do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA. Pós doutora pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal.

MARIA TARCILA SOUZA REIS DE MIRANDA

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva pela Atualiza e MBA em Gestão em Saúde pela Universidade Salvador (UNIFACS). Docente na Faculdade Ages de Medicina de Irecê.

MARLUCE ALVES NUNES OLIVEIRA

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Professora plena da UEFS. Pesquisadora do NIPES .

MARYANA CARNEIRO DE QUEIROZ FERREIRA

Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Colaboradora do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES).

MAYRA LUIZA MATOS EVANGELISTA DE SOUZA

Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Colaboradora do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES).

RICARDO HENRIQUE GONÇALVES DE MOURA

Psicólogo Social e Clínico. Mestrando em Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

ROSANGELA RODRIGUES LIMA

Enfermeira. Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Visconde de Cairu da Fundação Visconde de Cairu. Especialista em Ativação do Processo de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Colaboradora do EXERCE.

ROSE MANUELA MARTA SANTOS

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Maria Milza (UNIMAM). Participou como colaboradora do Núcleo de Bioética e Espiritualidade (NUBE/UESB).

ROSINETE SOUZA BARATA

Enfermeira. Advogada. Mestra em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Pesquisadora no Grupo de Estudos em Educação, Exercício e Ética em Enfermagem (EXERCE).

SÉRGIO DONHA YARID

Cirurgião Dentista pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba e Doutor em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Docente Titular do curso de Odontologia da UESB. Fundador e coordenador do Núcleo de Pesquisas em Bioética e Espiritualidade (NUBE-UESB).

SIMONE DA SILVA OLIVEIRA

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Colaboradora no Grupo de Estudos em Educação, Exercício e Ética em Enfermagem (EXERCE- EEUFBA). Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) – Alagoinhas. Docente da Faculdade Santíssimo Sacramento

APRESENTAÇÃO

O livro *Ética em Ciências da Saúde* é uma coletânea que reúne produções desenvolvidas por pesquisadoras e professoras que aprofundam estudos sobre questões éticas no processo de ensino-aprendizado, na assistência direta e indireta visando o cuidado das pessoas e na pesquisa em Ciências da Saúde. Assim, nomear essa obra como *Ética em Ciências da Saúde: formação, pesquisa e cuidado* é, antes de tudo, representar a importância do enfoque ético nesta tríade e elevar a necessidade da discussão ética nos espaços sociais.

Trata-se de uma obra idealizada pelas integrantes do Grupo de Estudos em Educação, Ética e Exercício da Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com colaboração de participantes do grupo que representam outras instituições de ensino superior, como a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, a Universidade Federal do Recôncavo Baiano, a Universidade Estadual de Feira de Santana, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal do Paraná. O livro reúne estudos apresentados em forma de relatos de experiências, reflexões, revisões de literatura e pesquisas de campo, e está organizado nos três eixos temáticos: a abordagem ética e Bioética na formação em ciências da saúde; a ética na perspectiva das pesquisas com seres humanos; e sua aplicação no cuidado, com enfoque na ciência da enfermagem.

O primeiro capítulo intitulado “Aspectos facilitadores e de limitação no ensino da Bioética nos cursos de enfermagem”, aborda os aspectos existentes no processo de ensino e aprendizagem do componente curricular e das temáticas de Bioética nos cursos de graduação em Enfermagem do Nordeste brasileiro. Foram identificados aspectos limitantes nesse processo, como a carga horária do componente reduzida, intervalo longo entre a teoria e a prática, docente sem especialização na área que utilizam métodos tradicionais de ensino, muitas vezes sem imparcialidade e com imposição de pensamentos, além da falta de transversalidade no ensino da Bioética e a falta de interesse dos discentes. E, como possibilidades para o ensino da bioética, foram apontadas a utilização de metodologias ativas. A quantidade de fatores limitantes foi maior que as possibilidades na condução do componente curricular e, isso demonstra a necessidade de adequações na matriz curricular, de forma que favoreça a aprendizagem significativa, crítica, reflexiva e humanizada dos discentes.

O segundo capítulo, denominado “Formação para competência ética da enfermeira na tomada de decisões na Região Nordeste do Brasil”, tem por objetivo identificar como as Instituições de

Ensino Superior (IES) do Nordeste brasileiro, que ofertam o curso de graduação em Enfermagem promovem a formação para competência ética na tomada de decisões. Trata-se de um estudo documental, realizado com dados disponíveis no Cadastro Nacional de Instituições de Educação Superior e nos sites institucionais dessas IES. Foram identificadas trinta e cinco Instituições de Ensino Superior privadas sem fins lucrativos, dessas, vinte e duas não apresentaram informações em site institucional que confirmassem tal formação e quatro foram consideradas não aptas. Quinze Instituições de Ensino Superior públicas foram obtidas, dessas, doze apresentaram informações que confirmassem tal formação e uma foi considerada inapta. Conclui-se que a maioria das IES públicas apresentam informações que confirmam a presença de formação para competência ética da enfermeira, ao contrário das IES privadas, sejam elas com e sem fins lucrativos.

O terceiro capítulo, titulado “Reflexões acerca das propostas curriculares na formação do(a) enfermeiro(a): do contexto histórico aos dias atuais”, parte do pressuposto de que o desenvolvimento histórico da educação formal passou diversas modificações para adequação dos currículos na perspectiva das demandas da sociedade. Nesse contexto, o ensino de enfermagem também precisa acompanhar essa evolução, de modo a oferecer uma qualificação profissional satisfatória.

Foi observado que o ensino da Bioética é influenciado por diversos fatores. Em nível proximal, destacam-se os aspectos do Projeto Político Pedagógico do Curso, a estrutura curricular, os componentes curriculares da Ética Deontológica e da Bioética e o processo de ensino aprendizagem. Em nível distal, incluem-se os aspectos individuais e a intersubjetividade, o poder político-econômico da sociedade e o currículo oculto. Assim, conclui-se, portanto, que as reflexões acerca das propostas curriculares na enfermagem devem ser orientadas por uma lógica histórica, conceitual e filosófica, mas também devem às novas necessidades da sociedade, de forma a adequar o perfil do profissional à realidade social, especialmente no que se refere à, sobretudo, a consolidação do Sistema Único de Saúde.

O quarto capítulo, chamado “Direitos autorais, conflitos de interesses e as retratações nas publicações científicas durante a pandemia de COVID-19”, objetivou identificar as principais retratações em publicações científicas na área da saúde no contexto da pandemia da COVID-19, motivado por considerar que a grande necessidade de avanços científicos frente ao combate do vírus pode ter contribuído para o atropelamento de etapas e fortalecimento de comportamentos antiéticos na área. Os principais motivos das retratações foram a manipulação da revisão por pares, conflitos de autoria e falsificação de dados. Pelos dados obtidos na literatura científica pesquisada, identificou-se que a manipulação de revisão por pares nos ensaios clínicos encontrados no ano de explosão da pandemia da COVID-19, o que pode ter contribuído para o atraso na formulação de protocolos e ações para o tratamento e prevenção da doença; a omissão da autoria e a apropriação de uma obra fere os princípios éticos legais, bem como a produção de dados. Tais problemas vão de encontro à integridade científica. É necessário um maior controle por parte da comunidade científica com o intuito de coibir, cada vez mais, os motivos que levam as práticas antiéticas entre os pesquisadores.

No quinto capítulo, denominado “Boas práticas em pesquisa clínica”, é abordado como a prática em pesquisa clínica vem se modificando ao longo dos anos, em decorrência dos avanços da tecnologia na saúde que fomentaram reflexões sobre os princípios e diretrizes éticas da prática clínica. Assim, este capítulo apresenta uma reflexão sobre as boas práticas em pesquisas clínicas à luz das normativas éticas, a partir de um estudo descritivo desenvolvido por discentes de mestrado e

doutorado do componente curricular de Ética e Bioética no cuidado, na pesquisa e na formação em saúde. Os resultados estão organizados em duas partes segundo os eixos de reflexão considerados: “Desvelando a pesquisa clínica” e as “Normativas que norteiam a pesquisa clínica”. Na academia existe uma preocupação com as boas práticas em pesquisa, principalmente nos programas de pós-graduação. Por esse motivo, a adoção da ética e normativas na pesquisa clínica é essencial para a obtenção da integridade científica.

O sexto capítulo, titulado “Contribuições dos Comitês de Ética em Pesquisa na regulação de pesquisas que envolvem seres humanos” debate e reflete sobre as contribuições dos comitês de ética em pesquisa na regulação de estudos que envolvem seres humanos, visando assegurar o desenvolvimento dessas pesquisas em conformidade com a ética. Trata-se de um estudo teórico-reflexivo da literatura, a partir de consultas *online* com buscas não sistematizadas, e análise descritiva dos dados. Os resultados destacaram a relevância dos Comitês no desenvolvimento dessas pesquisas em conformidade com os aspectos éticos, científicos e metodológicos, bem como a proteção da dignidade e defesa dos direitos das pessoas que delas participam. Desse modo, embora haja marcos regulatórios importantes para essas pesquisas, eles não podem prescindir da análise realizada por um Comitê de Ética independente. Este estudo pode contribuir para que pesquisadores e acadêmicos compreendam o papel fundamental dos Comitês de Ética em Pesquisa e sua relevância para realização de estudos que respeitem a ética, a dignidade e os direitos humanos.

O sétimo capítulo, intitulado “Sensibilidade moral dos enfermeiros e fatores associados na Atenção Primária à Saúde”, apresenta a sensibilidade moral como um atributo pessoal e um requisito fundamental para que o enfermeiro reconheça, interprete e responda de forma apropriada os problemas éticos que surgem na relação com o usuário. Nesse contexto, foram identificados fatores associados à sensibilidade moral dos enfermeiros que atuam em serviços da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo descritivo realizado com 100 enfermeiros desses serviços. Para a coleta de dados, utilizou-se o questionário de sensibilidade moral de Lutzen, traduzido e adaptado para o Português do Brasil. Os enfermeiros apresentaram uma média de 7,3 anos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (DP= 6,5). A pontuação total na escala de sensibilidade moral foi considerada moderada ($4,5 \pm 0,90$). Nos enfermeiros com mais de um ano de trabalho o valor médio na dimensão significado moral foi significativamente maior em comparação aos que tinham menos de um ano de atuação. O tempo de trabalho em mais de um ano refletiu positivamente nessa dimensão. Considerando que a sensibilidade moral foi classificada como moderada nos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, sugere-se pensar em métodos que melhorem tal situação.

O oitavo capítulo, documentado sob o título “Dilemas éticos vivenciados por enfermeiras diante da ordem de não reanimar em Unidade de Terapia Intensiva”, apresenta uma pesquisa qualitativa que objetivou conhecer os dilemas éticos vivenciados por enfermeiras perante a ordem de não reanimação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O estudo revelou que essas profissionais vivenciam dilemas éticos frente a ordem de não reanimação, quando a decisão de não reanimar vai de encontro aos seus valores pessoais, especialmente em acreditarem que o paciente tem possibilidade de sobreviver. As enfermeiras compreendem o conceito de dilema ético e relatam enfrentá-lo cotidianamente em sua prática profissional.

O nono capítulo, denominado “Deliberação moral para a prática de enfermeiras em emergências no cenário da COVID-19”, apresenta uma reflexão sobre os problemas éticos no

contexto da COVID-19 e sobre a aplicação da Bioética Deliberativa proposta por Diego Gracia, como base para a tomada de decisão das enfermeiras. A reflexão teórica foi realizada a partir de um caso concreto, fundamentada na deliberação moral, relacionando os aspectos éticos envolvidos na prática cotidiana de enfermeiras em unidades de emergência com a crise sanitária provocada pela COVID-19. Esse estudo permitiu identificar problemas éticos recorrentes em unidades hospitalares durante o contexto pandêmico e discutir possíveis cursos de ação para a tomada de decisões éticas das enfermeiras. Os argumentos apresentados promovem discussões reflexivas que orientem a prática prudente e o cuidado de enfermagem qualificado prestado às vítimas da COVID-19.

O décimo capítulo, titulado “Sensibilidade moral de enfermeiros na tomada de decisões no contexto da urgência: revisão integrativa”, apresenta a sensibilidade moral do enfermeiro como uma competência essencial para a tomada de decisões assertivas e eticamente adequadas nos contextos de Urgência e Emergência. Esses ambientes exigem assistência ágil e requerem dos profissionais uma habilidade decisória capaz de atender às demandas éticas. O estudo buscou identificar as dimensões da sensibilidade moral, a partir da análise textual de textos existentes na literatura sobre a tomada de decisões de enfermeiros na Urgência e Emergência. Foram identificados elementos que abrangem quatro dimensões da sensibilidade: vivência do conflito moral; orientação interpessoal; confiança no conhecimento médico e de enfermagem; e significado moral. Como resultado, observou-se que a sensibilidade moral está presente na prática profissional de enfermeiros que atuam no contexto da Urgência e Emergência, auxiliando na tomada de decisões fundamentadas em aspectos éticos.

No décimo primeiro capítulo, intitulado “Aspectos éticos dos registros sobre cuidados às pessoas com hipertensão arterial na literatura de enfermagem”, foram identificados aspectos éticos referentes aos registros dos cuidados às pessoas que padecem de hipertensão arterial, a partir de uma revisão integrativa da literatura. Foi evidenciado que os registros de enfermagem não são estruturados, constam termos não padronizados, erros de conotação de valor, descrição muito resumida, rasuras, letra ilegível, identificação incompleta do profissional, linhas em branco e ausência de data e de informações quanto a aferição da pressão arterial. Estes registros inadequados podem resultar em pouca visibilidade da assistência de enfermagem e comprometer a qualidade da assistência destinada aos pacientes com hipertensão e o controle efetivo do tratamento. Assim, medidas educativas devem ser apreendidas por parte dos gestores e profissionais de saúde com vistas a melhoria do registro e cuidado prestado às pessoas com hipertensão.

Os capítulos contextualizam estudos sobre a ética em diferentes contextos relacionados a área da saúde, desde de estudos que contemplem aspectos filosóficos da ética à regulação das pesquisas científicas e Bioética. Desejamos uma proveitosa leitura.

As autoras e autores.

PREFÁCIO

Embora os estudos de Bioética na formação de profissionais da saúde já tenham sido amplamente reconhecidos como significativos — no Brasil e no mundo —, devido às consequências nefastas de sua ausência ao longo da história, ainda há muito há ser feito nos esforços universitários para consolidar sua essencialidade curricular.

As análises éticas sobre pesquisas em seres humanos revelam uma problemática semelhante, acrescida de um importante aspecto socioeconômico no campo prático: geralmente, os participantes voluntários em pesquisas de fármacos e procedimentos em saúde são pessoas em situação de vulnerabilidade, de recursos limitados e baixa escolaridade. Isso reforça a importância do conhecimento bioético na formação de pesquisadores, para garantir o respeito à dignidade humana, em oposição aos interesses de uma indústria que, por vezes, se dispõe a comercializar vidas.

Da mesma forma, no âmbito da assistência, é condição *sine qua non* compreender e assegurar o respeito à autonomia do paciente, à integridade pessoal e à sua privacidade, garantindo também, a promoção da igualdade da equidade no atendimento, da não-discriminação e da não-estigmatização. Esses princípios, dispostos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos — do qual o Brasil é país signatário — visam garantir o respeito e a dignidade no cuidado em saúde.

Neste sentido, abordando estas três vertentes com maestria, a obra *Ética em Ciências da Saúde: formação, pesquisa e cuidado*, organizada por grandes bioeticistas como Darci de Oliveira Santa Rosa, Mariana Oliveira Antunes Ferraz e Alciene Pereira da Silva, destaca-se ao meio universitário e ético-profissional como indispensável, sobretudo pelos dados e aprofundados estudos teóricos que apresenta. Com um recorte direcionado à enfermagem, os diversos pontos de vista teóricos expostos no livro demonstram-se aptos às suas aplicabilidades práticas imediatas, contribuindo para auxiliar a gestão institucional e acadêmica na compreensão da necessidade de alargamento do ensino e do conhecimento profissional sobre ética e Bioética, quer seja na formação, na pesquisa ou no cuidado direto aos pacientes.

Trata-se, portanto, de uma produção de grande pertinência técnica e elevada qualidade científica, que, por meio de uma excelente articulação de ideias, organiza seus ensinamentos em onze capítulos. Esses capítulos são capazes de enriquecer o ambiente acadêmico da saúde com conhecimentos humanísticos fundamentais. Estes, assim, bem absorvidos pelos leitores, poderão fortalecer discursos e auxiliar profissionais a atuar no campo com a virtude do saber ético.

Sob o ponto de vista da Regional da Sociedade Brasileira de Bioética, com a especificidade de compreender o cenário baiano de saúde, pode-se afirmar que obras como esta — que abordam os modos de ensino da Bioética, sua inserção nas estruturas curriculares de formação em enfermagem,

as boas práticas em pesquisa clínica e a valorização da sensibilidade moral dos enfermeiros, entre outros assuntos — merecem sinceros elogios e incentivos para leitura coletiva e recomendações. Isso se deve ao fato de ser uma leitura claramente capaz de proporcionar um significativo ganho contudístico, ampliando o debate sobre questões de saúde, seus dilemas e problemas, a exemplo, também, das abordagens sobre questões em fim de vida, urgência e emergência.

Assim, trata-se de uma obra imprescindível. E, concluindo o cumprimento de prefaciá-la, com grande honra, resta, a esta leitora, reforçar a indispensabilidade de suas páginas aos estudantes e profissionais da Enfermagem e saúde em geral. Desejo a todos uma excelente leitura, inspirada pela busca do melhor conhecimento nesta área tão delicada, sempre guiada pela acuidade, atenção e pelo compromisso com a realização do direito fundamental à saúde dos pacientes e participantes de pesquisas no Brasil.

Camila Vasconcelos
Presidente da Regional Bahia da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB-BA)
Pós-Doutora em Direito (FDV), Doutora em Bioética (UNB),
Mestre em Bioética (UAÇ/UCP – Portugal)
Advogada em Direito Médico e Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia

Capítulo 1

Aspectos facilitadores e de limitação no ensino da Bioética nos cursos de enfermagem

*Rose Manuela Marta Santos
Ana Cristina Santos Duarte
Darci de Oliveira Santa Rosa
Sérgio Donha Yarid*

Nos últimos anos, o Brasil tem vivenciado uma crise ética, política e social, que tem posto à prova os princípios e valores da sociedade, e tal fato afeta diretamente os cuidados em saúde. Assim, durante os processos de trabalho dos enfermeiros e diante da pluralidade dos contextos culturais, de crenças e valores que envolvem o encontro do paciente e profissional de saúde, tornam-se evidentes os conflitos éticos (Bordignon *et al.*, 2015). Esses conflitos também se manifestam na vivência de incoerências e injustiças frente ao que é correto fazer com as limitações do que efetivamente se pode fazer.

Neste contexto, considerando a vasta possibilidade de ocorrência de conflitos éticos na atuação profissional do enfermeiro, seja no âmbito hospitalar ou na Atenção Primária à Saúde, torna-se necessário que haja adequações no processo de ensino e aprendizagem dos cursos de graduação, de modo a alinhar o perfil dos futuros profissionais às novas demandas (Leite *et al.*, 2017).

No entanto, estudos apontam que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para identificar problemáticas éticas, principalmente os que estão relacionados à Atenção Primária à Saúde, que acarreta tomadas de decisão, muitas vezes, equivocadas (Santos; Couto; Yarid, 2018; Rego; Palacios, 2017).

Assim, faz-se necessário o fortalecimento do ensino da ética e da Bioética nos cursos de enfermagem, pois o processo de ensino e aprendizagem promove o desenvolvimento da competência moral e de habilidades necessárias para julgamentos crítico-reflexivos e adoção de uma postura ética para a tomada de decisão frente as situações vivenciadas (Martins; Santos; Duarte, 2022).

Neste sentido, o processo de ensino e aprendizagem, aliado às reflexões acerca da Bioética, deve proporcionar ao discente os instrumentos necessários para uma boa atuação. Para que o ensino seja de fato coerente com as novas demandas existentes e que proporcione ao discente o desenvolvimento de competências, fazem-se necessárias inovações curriculares, principalmente no que diz respeito

às novas tendências metodológicas de ensino. Porém, as práticas engessadas, baseadas apenas na transmissão de informações e com a fragmentação dos conteúdos, constituem-se como dificuldades para o desenvolvimento do ensino de Bioética, que requer um olhar crítico por parte do discente.

Assim, diante da importância dada à condução dos processos formativos em Bioética, torna-se relevante identificar os principais aspectos, limites e possibilidades que influenciam a condução do componente curricular. Ademais, ao realizar leituras sobre o ensino da Bioética, verificou-se a escassez de pesquisas de campo que abordem aspectos relacionados ao processo de ensino e aprendizagem da Bioética nos cursos de Enfermagem.

Uma pesquisa realizada com docentes de enfermagem revelou que a implementação de metodologias ativas no ensino perpassa por diversos fatores. Os principais desafios verificados estão associados a resistência à adoção de novos métodos, hábitos enraizados na profissão e à necessidade de maior tempo e habilidade para às demandas das metodologias ativas (Amaral; Boery, 2022).

Portanto, diante do exposto, este trabalho se justifica pela oportunidade de elencar os limites e as possibilidades no desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem da Bioética nos cursos de Enfermagem na região Nordeste do Brasil. E, que esse processo de ensino e aprendizagem ocorra de tal forma que subsidie discussões acerca da temática, E promova a sensibilização dos docentes, discentes e coordenadores de cursos de enfermagem quanto às adequações necessárias no currículo.

Dessa forma, foi elaborada a seguinte questão norteadora: quais os aspectos facilitadores e de limitação existentes no processo de ensino e aprendizagem do componente curricular ou temáticas de Bioética nos cursos de graduação em Enfermagem da região Nordeste do Brasil? Para responder a esse questionamento, o estudo tem como objetivo identificar os aspectos facilitadores e limitadores existentes no processo de ensino e aprendizagem do componente curricular ou temáticas de Bioética nos cursos de graduação em Enfermagem da região Nordeste do Brasil.

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, que teve como local de estudo as universidades públicas do nordeste brasileiro.

O Nordeste possui 27 universidades públicas que oferecem o curso de graduação em Enfermagem, subdivididas em 168 campi, segundo informações encontradas no *website* do Ministério de Educação e Cultura (MEC). Para a escolha das universidades como local de estudo, seguiram-se os critérios de inclusão: instituições reconhecidas pelo MEC e que ofereçam o curso de bacharelado em Enfermagem. Foram excluídas as universidades que oferecem o curso de licenciatura em Enfermagem ou que apresentaram em seu currículo a oferta do curso por módulos e ciclos de formação. Essa exclusão foi realizada para fins comparativos com as demais universidades, visto que há diferenças em seus currículos nessas modalidades.

Dessa forma, o campo de pesquisa foi a região Nordeste do Brasil e o local foi composto por 16 universidades (dez federais e seis estaduais) distribuídas em 20 campi.

A seleção dos discentes e docentes foi não probabilística por conveniência, em que os questionários foram enviados por *e-mail*, e os participantes possuíam livre escolha para colaborar. Foram realizadas até seis tentativas de envio e reenvio do questionário. Ao todo, participaram da pesquisa 52 discentes e 20 docentes. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: discentes matriculados nos componentes curriculares de estágio supervisionado (hospitalar e atenção básica) e dos últimos anos da graduação, considerando que já tivesse cursado todos os componentes curriculares do curso, e docentes que ministram componentes curriculares de ética, Bioética ou áreas

afins (de acordo com as nomenclaturas utilizadas pelas universidades). Foram excluídos discentes e docentes cujos *e-mails* retornaram com erro de recebimento.

Destaca-se que, como dinâmica de seleção dos discentes, foi deliberado pela pesquisadora o encaminhamento, via *e-mail*, do questionário com as questões discursivas para os dois primeiros discentes da lista de cada universidade. Caso não houvesse retorno dos participantes em até seis tentativas de envio do questionário, seguiu-se com o direcionamento do questionário ao próximo discente, conforme a ordem aleatória dos nomes encontrados na lista. Salienta-se que, após contato com os coordenadores/diretores dos colegiados dos cursos de enfermagem e recebimento da lista de docentes e discentes, bem como seus respectivos contatos de *e-mail*, a coleta foi iniciada.

Foi construído um questionário, com auxílio do *Google Forms*, dividido em dois blocos. O primeiro bloco é constituído por perguntas fechadas relacionadas aos aspectos sociodemográficos e de informações de caracterização da instituição. Já o segundo foi composto por perguntas fechadas e abertas, referentes aos direcionamentos dados, aos componentes curriculares e às temáticas da Bioética. A coleta de dados ocorreu no período julho a setembro de 2018.

Para garantir o anonimato, os discentes foram codificados por letra e número, respeitando a ordem crescente de respostas. Assim, temos o Discente 1 (D1), e, da mesma forma, para os docentes foi adotada a letra “P” de professor, ou seja, Docente 1 (P1), e assim sucessivamente.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise temática, seguindo as etapas de leitura, recorte, decodificação e verificação dos núcleos de sentido, com posterior interpretação de acordo com as categorias e subcategorias que emergiram (Bardin, 2010).

A pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) com número de registro CAAE: 89536318.1.0000.0055. Válido ressaltar que esta pesquisa faz parte e dirige-se à uma questão problema e à um objetivo da Tese intitulada: “Processo formativo em Bioética nos cursos de graduação em enfermagem” (Santos, 2019).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado no início do questionário *online* e o participante, ao aceitar contribuir voluntariamente na pesquisa, era direcionado a realizar o *download* do arquivo. Destaca-se que o preenchimento só prosseguia após o participante concordar em participar da pesquisa.

Na análise dos resultados foi possível realizar a caracterização dos 52 discentes e dos 20 docentes participantes da pesquisa. Observou-se que o grupo dos discentes foi composto, em sua maioria, por mulheres, solteiras, com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, com maior quantidade das respostas advindas do estado do Ceará e de instituições federais.

O grupo dos docentes também foi composto, em sua maioria, por mulheres, solteiras, com renda familiar acima de sete salários mínimos, com titulação acadêmica de doutorado, enquadramento funcional efetivo, com carga horária de trabalho de 40 horas e dedicação exclusiva. Ainda, esses docentes possuíam mais de sete anos de ensino do componente curricular, e a maior proporção de respondentes foi do estado do Rio Grande do Norte e de instituições federais. Na análise dos dados emergiram duas categorias e cinco subcategorias, que serão discutidas a seguir.

Categoria 1 – Limites no processo ensino e aprendizagem da Bioética

No que diz respeito aos aspectos que podem limitar o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem dos conteúdos da Bioética, discentes e docentes apontaram a carga horária como insuficiente, por tratar-se de conteúdos e discussões densas.

Outros aspectos limitantes apontados por discentes foram o distanciamento das aulas teóricas e a aproximação com a prática de estágio, a falta de especialização específica na área em que o docente ministra as aulas, além de uma postura docente sem imparcialidade na abordagem dos conteúdos.

No que tange às metodologias utilizadas, os discentes relataram que eram pouco atraentes, e os docentes mencionaram a falta de interesse e motivação dos discentes. Os docentes também apontaram a dificuldade em direcionar o processo de ensino e aprendizagem do componente curricular e as temáticas da Bioética de forma transversal na matriz curricular.

Assim, as discussões acerca de cada fator limitante apontado por docentes e discentes estão dispostos nas subcategorias elencadas a seguir.

Subcategoria 1.1 – Aspectos relacionados à carga horária do componente curricular

O primeiro aspecto limitante para o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem dos conteúdos da Bioética, apontados por discentes e docentes, foi a carga horária insuficiente, considerando tratar-se de um componente curricular com conteúdos complexos. Tal perspectiva é demonstrada nos depoimentos abaixo:

D3: *Algo que limitou foi a carga horária da disciplina, apenas 30h, tendo em vista que são discussões muito densas.*

D28: *A própria carga horária se torna um fator que limita, pois é pequena em relação a importância dada a estes aspectos, que nortearão nosso agir profissional futuramente.*

D33: *Posso apontar com limitação à pequena carga horária da disciplina: 45h que talvez não seja adequada a complexidade dos temas abordados.*

D38: *Carga horária pequena e deveriam investir em aulas mais dinâmicas, pelo fato de se estudar muitas leis nessa disciplina.*

P16: *O componente é ministrado no quarto semestre, que possui alta carga horária de outros componentes, muitas vezes dificulta o aluno de dedicar-se ao portfólio por exemplo.*

P18: *O currículo da escola onde ensino tem um problema específico: os três componentes curriculares de ética e Bioética foram fragmentados em três semestres (1º, 5º e 8º), com carga horária de 1h semanal, o que dificulta os debates em sala de aula devido o tempo muito exíguo.*

Observou-se que os discentes D3, D28, D33 e D38 apresentaram a carga horária como aspecto limitante. Os discentes D3 e D28 apontaram carga horária entre 30 e 45h, enquanto o docente P18 relatou que, na sua realidade, existem três componentes voltados à Ética e à Bioética nos semestres (1º, 5º e 8º), porém com apenas uma hora semanal, o que foi apontado como fragmentação. Essa situação é agravada pela associação com outros componentes mais densos, dificultando os debates em sala de aula. Infere-se, portanto, que uma alternativa para essas questões seria uma abordagem interdisciplinar e transversal da Bioética, com carga horária específica em cada componente curricular e semestre.

É importante ressaltar a importância da articulação dos conteúdos da Bioética com outros componentes curriculares, ou seja, uma Bioética implementada de forma transversal ao longo da formação, com vistas a acompanhar o avanço científico, cultural e capacitando estes profissionais de forma adequada (Santos *et al.*, 2020; Martins; Santos; Duarte, 2022).

A fala de P16 aponta que a oferta do componente curricular de Bioética ocorre no quarto semestre e coincide com componentes mais densos, o que influencia na dedicação do discente.

Este pensamento também pode evidenciar o anseio dos discentes em aprender as técnicas dos procedimentos direcionados em componentes curriculares específicos, sobrepondo-se às questões filosóficas e reflexivas do conhecimento.

Pesquisas realizadas para verificar a oferta da disciplina Bioética nos cursos de graduação em Odontologia (Jung *et al.*, 2023) e de Medicina (Pacheco *et al.*, 2023) apontaram que o componente curricular, em sua maioria, é disponibilizado na matriz curricular nos semestres iniciais. Esses dados corroboram com esta pesquisa e este cenário pode ser atribuído ao fato de os cursos associarem a Bioética com componentes que abordam conteúdos da Ética Profissional.

Destaca-se o relato de D38 que, por estudar muitas leis, considera a carga horária reduzida. Nesta perspectiva, infere-se que a compreensão do discente sobre o componente curricular direciona-se às leis, isto é, com um enfoque normativo. Essa percepção individual reflete um dos desafios enfrentados pela implementação de componentes curriculares de Bioética nos cursos da área da saúde. Esses entraves incluem a dificuldade de superar os modelos tradicionais de educação, que priorizam direcionamentos normativos da ética, em detrimento de abordagens mais amplas e reflexivas.

A Bioética se insere nos campos das reflexões e dos aspectos morais. Tais aspectos são moldados pela sociedade e a forma como são vivenciados diferem de indivíduo para indivíduo. Assim, o ensino da Bioética desenvolve-se em meio a desafios pedagógicos, uma vez que deve oportunizar ao discente as condições necessárias para favorecer o processo de ensino e aprendizagem, com reflexões acerca dos conflitos morais da sociedade, auxiliar no reconhecimento dos problemas éticos e deontológicos encontrados na atuação profissional e para a superação da abordagem meramente normativa e tecnicista (Rego; Palacios, 2017).

Dessa forma, ressalta-se a necessidade de uma formação ética dos enfermeiros com bases teóricas e metodológicas no processo de ensino e aprendizado. No entanto, os docentes precisam ultrapassar os direcionamentos restritivos ao campo da ética normativa, de forma a ampliar as reflexões frente à resolução das problemáticas existentes no âmbito de atuação profissional (Maluf; Façanha, 2017).

Denota-se que a insuficiência da carga horária, bem como o semestre em que o componente curricular é disponibilizado aos discentes, especialmente os semestres iniciais, são fatores que influenciam os direcionamentos do processo formativo da Bioética nos cursos de enfermagem.

Subcategoria 1.2 – Aulas teóricas x aproximação com as temáticas vistas em estágio

Outras limitações apontadas por discentes referem-se às aulas teóricas e às aproximações das temáticas com a prática dos discentes em estágio. Tais percepções estão indicadas nos depoimentos abaixo:

D11: *Acredito que a ausência de prática seja um fator limitante, só discussão talvez não seja tão dinâmico, pois não tem ligação com as questões vivenciadas na prática.*

D24: *No meu curso a limitação é o fato do componente Bioética não ser abordado durante a prática.*

D31: *Acho que só ter aula sobre isso no início do curso e agora que estou no estágio do hospital, quase não lembro dos conteúdos. Temos uma base do que posso ou não fazer.*

D33: *[...]a prática para mim foi um fator positivo, por exemplo, tem-se o fato de Semiologia e Semiotécnica, que é o primeiro contato do aluno com o paciente, ser ofertada no mesmo período que Ética e Bioética, fazendo com que o discente coloque em prática o seu aprendizado no seu primeiro cenário de prática, e conseqüentemente fortaleça suas ações futuras.*

D43: *A ausência da continuidade de discussão sobre a temática nos outros semestres fazem com que alguns conhecimentos sejam esquecidos ou fiquem adormecidos, principalmente para o estágio.*

É possível identificar nas respostas de D11 e D24 o distanciamento entre o que é aprendido em aulas teóricas e o que vivenciam nas práticas de estágio, visto que, se a teoria não se relaciona com a prática, o processo de ensino e aprendizagem se torna abstrato ou difícil de compreender para aluno. Ademais, D24 ainda reforça que as temáticas da Bioética não são discutidas nos estágios. Sabe-se que o campo do estágio, no qual o discente coloca em prática os conteúdos aprendidos, apresenta-se também como campo de inseguranças e conflitos expressos no processo do cuidar. Neste contexto, fazem-se necessárias discussões Bioéticas sobre as problemáticas existentes na assistência.

Pode-se evidenciar a resposta de D33, que apresenta uma experiência positiva no semestre em que foi ofertado o componente curricular da Bioética concomitantemente com outros componentes que exigem estágio. Esse relato ressalta a importância da integração dos conteúdos teóricos e da prática no mesmo semestre.

Observa-se que D31 ressalta que o intervalo entre o componente curricular cursado e o estágio influencia no esquecimento das temáticas discutidas em sala de aula. Além disso, D43 demonstra um fator importante a ser destacado, que é a não transversalidade da Bioética nos componentes curriculares do curso. Dessa forma, pode-se apontar que a disposição dos componentes curriculares e/ou abordagem das temáticas da Bioética no início do semestre não favorece o aprendizado significativo do discente.

Neste sentido, entende-se que, durante o desenvolvimento do curso de Enfermagem, os discentes estão em diferentes níveis de consciência moral e de maturidade distintas diante sua prática. Assim, destaca-se a importância de adequar os currículos para uma abordagem da Bioética nos primeiros semestres (antes da prática clínica) e também durante a imersão nos campos de prática até o fim dos estágios, com vistas a proporcionar aos discentes vivências e habilidades de tomada de decisão (Martins; Santos; Duarte, 2022).

Nesse ínterim, na perspectiva de Freire (2016), a interlocução da teoria em paralelo com a prática se torna evidente, pois promove a sensibilização do discente para uma reflexão crítica do conteúdo teórico. Dessa forma, não apenas para colocar a teoria em prática, mas na perspectiva de que a partir dela é que se transformam as ações, Freire (2016) defende a não dicotomia entre saber e fazer, nem a separação entre as etapas de aprendizagem e reflexão e a prática em si, enfatizando que “ação e reflexão e ação se dão simultaneamente”. O componente curricular de Bioética não possui um padrão ou modelo metodológico específico. Entretanto, diante da importância de preparar o discente para o nível de formação necessário, é importante pensar o componente curricular de forma interdisciplinar e transversal (Rego; Palacios, 2017). Todavia, aponta-se que um currículo com abordagem fragmentada do conhecimento não se fundamenta em bases epistemológicas da transversalidade ou transdisciplinaridade (Silva; Vieira; Feitosa, 2022).

Verificou-se que o distanciamento entre a teoria e a prática, não só na falta da abordagem da Bioética nos estágios, mas também a não transversalidade das temáticas da Bioética, interferem na associação dos conteúdos e na realidade vivenciada por discentes.

Subcategoria 1.3 – Docente sem especialização na área x postura docente sem imparcialidade

Emergiram das falas dois aspectos importantes a serem levados em consideração. O primeiro sobre a falta de especialização e qualificação docente na área da Bioética e o segundo sobre a postura docente não imparcial e com julgamentos, que são observados nas falas a seguir:

D15: *Professor não especializado na temática dificulta muito.*

D18: *São abordados de forma rasa e cheia de julgamentos pessoais por parte dos professores, impondo suas ideias.*

D37: *Acho que a falta de experiência do docente na área, assim, uma qualificação melhor. Voltada para a disciplina.*

D42: *O principal aspecto limitador é a falta de docentes melhor qualificados, ou que sejam profissionais que atuam na área da Bioética.*

D22: *Um dos docentes também não soube agir de maneira imparcial diante dos assuntos.*

D51: *Acredito que a atribuição de juízos de valores por partes daquelas que ministram a disciplina se torna um empecilho a pluralidade de discussões acerca do assunto. Utilizar dos preconceitos ao expor algo que não depende de sua opinião, prejudica as ações e a conduta que deveria ser tomada.*

Os discentes D15, D37, D42 ressaltaram em suas respostas, como limitação, a falta de docentes com especializações e qualificações específicas na área da Bioética. Essa carência de especialização pode justificar a postura e a conduta imparcial dos docentes no direcionamento do processo de ensino e aprendizagem.

Observou-se, em estudo, que o ensino da Ética e Bioética perde destaque nos currículos, principalmente por ser ministrado, na maioria das vezes, por docentes que não possuem formação ou pesquisas relacionadas às temáticas ministradas (Souza; Gomes, 2021).

Sabe-se que a Bioética, por se enquadrar no campo de uma ética aplicada, que envolve aspectos sociais, culturais e de saúde na conduta do profissional, demanda a capacitação dos docentes, no sentido de aperfeiçoarem suas práticas e, principalmente, acompanharem as inovações da área.

Outro fator limitante apontado por D18, D22 e D51 é a abordagem da temática fundamentada em juízos de valor. Ainda, D18 e D22 indicam que docentes tendem a interpor suas ideias pessoais. A Bioética, como ética aplicada, exige dos profissionais reflexões críticas diante das problemáticas encontradas no cotidiano. Assim, o componente curricular deve proporcionar espaços de diálogo e embasamento para a tomada de decisão, sem interferência do juízo de valor e imposição de ideias dos docentes.

No que se refere à postura do docente encontrada nos depoimentos, é preciso destacar que, diante da pluralidade cultural, de crenças e valores da sociedade, há, primeiramente, a necessidade do respeito à diversidade, e, em segundo lugar, a consciência de que os discentes possuem conhecimentos prévios sobre determinados assuntos. A conduta de prejudicar e impor opiniões se trata de uma pedagogia disciplinadora que, segundo Freire (2016), contradiz a proposta de uma escola como espaço de relação dialógica. Nesse contexto, tanto a escola quanto a academia devem ser espaços de relação dialógica, promovendo a articulação entre o saber popular e o saber crítico. Segundo Freire (2011; 2016), o conhecimento deve ser construído de forma horizontal, livre de práticas de dominação, permitindo que todos os envolvidos no processo de ensino e aprendizagem participem ativamente e de maneira igualitária.

Por fim, a postura não imparcial do docente, caracterizada pela imposição de ideias e julgamentos diante de assuntos complexos nos quais a Bioética se insere, interferem significativamente no processo formativo dos discentes dos cursos de enfermagem.

Subcategoria 1.4 – Metodologias utilizadas pouco atraentes e falta de interesse/motivação dos discentes

As estratégias metodológicas pouco atraentes utilizadas pelos docentes, aliadas à falta de interesse dos discentes, foram identificadas como aspectos limitantes. Nesse sentido, pode-se inferir que, por força de um ensino ainda pautado no fazer técnico do profissional da enfermagem, os componentes curriculares que não ensinam a realizar procedimentos propriamente ditos, tornam-se sem interesse aos discentes. Esse cenário pode levar ao desmerecimento de alguns componentes curriculares em detrimento de outros.

D13: *Acho que o interesse do aluno, pois essa disciplina é colocada em segundo plano, como a maioria dos assuntos que fogem da fisiologia ou semiologia.*

D25: O próprio código de ética é muito burocrático, a questão de trabalhar leis e legislação em sala faz com que se não for utilizada a metodologia certa, o assunto se torne chato e cansativo.

D27: *A falta de criatividade por parte dos docentes em sair da mesmice (slide) e procurar maneiras de tornar o aprendizado mais dinâmico.*

P1: *A disciplina é negligenciada pelos alunos, visto que o curso de enfermagem é muito pesado e as disciplinas com mais peso teórico e de maior carga horária, acabam absorvendo os alunos, os quais negligenciam disciplinas menores. Deveria ser teórico/prático, para que pudéssemos fazer trabalhos de campo, visitas técnicas para que os discentes identifiquem as fragilidades éticas dos serviços.*

P9: *A inserção do aluno muito jovem na academia; pouca maturidade para algumas discussões, desmotivação.*

As respostas de D13 e P1 indicaram a falta de interesse dos discentes em priorizar determinados componentes curriculares em detrimento de outros. Ainda, P1 e P9 apontaram a falta de maturidade dos discentes. A não valorização de alguns componentes curriculares pelos discentes pode estar associada tanto à imaturidade quanto aos direcionamentos metodológicos adotados pelos docentes ao ministrar as aulas.

Os direcionamentos metodológicos foram relatados por D25 e D27 como aspecto limitador do processo de ensino e aprendizagem. Esses discentes ressaltaram a falta de criatividade dos docentes ao afirmarem a utilização de slide nas aulas cotidianamente. Compreende-se, portanto, que uma estratégia viável para resolução destes fatores limitantes seria a utilização de metodologias ativas, que promovam o envolvimento e interesse dos discentes.

As propostas pedagógicas contemporâneas enfatizam metodologias ativas, baseadas na construção dialógica do conhecimento e no protagonismo dos discentes. Essas metodologias são essenciais para a realidade educacional atual, pois incentivam o pensamento crítico e promovem a autonomia dos alunos. No entanto, é importante reconhecer que muitos docentes que lecionam hoje foram formados em um modelo tradicional de ensino e, portanto, necessitam de capacitações e direcionamento para implementar essas práticas inovadoras (Fontes *et al.*, 2021).

Destarte, apontam-se ainda desafios no processo de ensino da Bioética, tais como a falta de envolvimento dos docentes na implementação de metodologias mais atrativas aos discentes, bem

como a sua percepção quanto à eficácia de novos métodos pedagógicos, que proporcionem ao discente o protagonismo do processo do aprendizado (Rego; Palacios, 2017).

Desta forma, faz-se necessário que as instituições promovam a formação continuada dos docentes e estimulem a capacitação na área que lecionam, para que haja sensibilização quanto à melhoria das suas práticas em sala de aula (Coelho; Partelli, 2019; Fischer *et al.*, 2017).

A falta de interesse dos discentes em relação ao componente curricular da Bioética pode estar associada ao modelo metodológico aplicado pelo docente em sala de aula, bem como a não correlação com aulas práticas. Entretanto, a resistência dos docentes quanto à inovação metodológica torna-se um entrave importante no processo formativo dos discentes e no direcionamento do componente curricular da Bioética.

Subcategoria 1.5 – A não transversalidade no ensino da Bioética

A não transversalidade no ensino da Bioética foi destacada por docentes como um aspecto limitador, pois são temáticas que devem ser mediadas e discutidas em todos os componentes curriculares, como observado nos depoimentos a seguir:

P1: *Os professores que não reproduzem o conteúdo da Bioética nas demais disciplinas do currículo.*

P7: *A Bioética é um assunto transversal e deveria ser abordado em todos os componentes curriculares do curso, não pode ficar limitada apenas a uma disciplina e a imagem de apenas um professor, deveria ser trabalhado durante todo o curso.*

P13: *A abordagem deveria ser realizada de forma transversal e vinculado à questão da humanização, favorecendo a valorização de novos saberes, de novas práticas, aquisição de uma postura mais dialógica dos profissionais entre si e com os usuários.*

Foi evidenciado nas respostas dos docentes P1, P7 e P13 a não abordagem dos conteúdos da Bioética em outros componentes curriculares, como forma de continuidade das discussões ao longo do curso. Além disso, P13 reforça a importância que a abordagem deve correlacionar-se às questões da humanização, o favorecimento do diálogo e a valorização dos novos saberes.

Destaca-se que esta discussão se baseia no fato de que a Bioética, por tratar de temas da ética aplicada e inserir-se em diversos contextos e complexidades na área da saúde, deve permear os processos de ensino e aprendizagem de todos os componentes curriculares.

Neste sentido, questões que demandam da Bioética podem ser percebidas nos conflitos encontrados no processo de trabalho dos enfermeiros, sejam problemas com menor ou maior grau de complexidade. Assim, almeja-se que a transversalidade do ensino desse componente seja realmente implementada nos currículos. Segundo Rego e Palacios (2017), há necessidade de contextualização das áreas de ensino de forma a possibilitar a resolução de problemas concretos na junção da teoria com a prática.

A Bioética se destaca na inter e transdisciplinaridade. No entanto, seus conteúdos podem ser limitados quando conduzidos por um único profissional com uma única visão dentro de um componente curricular específico (Mascarenhas; Santa Rosa, 2010; Maluf; Façanha, 2017; Schwartzman *et al.*, 2017). Contudo, a transversalidade do ensino não pode ser restrita às estratégias de forma desordenada e pontual, sendo importante a promoção de reflexões e práticas dialógicas (Rego; Palacios, 2017).

Assim, destaca-se a importância da abordagem transversal dos conteúdos da Bioética, visto que se trata de uma área que abarca discussões complexas e cada componente curricular, principalmente os específicos da formação em enfermagem, possuem particularidades relacionadas aos aspectos da Bioética.

Categoria 2 – Possibilidades no processo ensino e aprendizagem da Bioética

As metodologias utilizadas por docentes em sala de aula foram possibilidades apontadas para o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem da Bioética, como se pode observar nos relatos abaixo:

D33: [...] a integração da teoria com a prática para mim foi um fator positivo.

D37: [...] discussão de casos, problematização de casos, fóruns, debates, discussões em sala de aula.

D46: Um ponto que facilita muito durante as aulas é o docente trazer relatos reais sobre situações vivenciadas.

P12: Utilização de recursos metodológicos variados: como filmes, casos, artigos, situações reais que aproximam o aluno da prática e gera bastante discussão.

P17: A disponibilização de filmes e documentários que abordam vários tipos de temas como eutanásia, aborto e pesquisas envolvendo seres humanos.

P19: A vasta gama de materiais disponíveis tanto na internet, como filmes, estudos de caso relacionados à prática profissional, fatos verídicos do cotidiano noticiados pela imprensa e até mesmo casos relatados pelos discentes.

As possibilidades relatadas para a melhoria da condução do componente curricular ou de temáticas relacionadas à Bioética foram demonstradas por D37 e D46 com a utilização de fóruns, debates, discussão e problematização de casos reais vivenciados, tanto experiências dos discentes quanto do próprio docente. A discente D33 destaca a integração da teoria com a prática, como fator que facilita o aprendizado.

Os docentes P12 e P19 também apontaram possibilidades relacionadas às condutas metodológicas utilizadas, tais como filmes, discussões de artigos e estudos de casos reais e/ou fictícios de atuação profissional e de sugestões dos discentes. O docente P17 destacou as possibilidades de temas para fomentar as discussões do componente curricular, como a eutanásia, aborto e pesquisas com seres humanos.

Neste contexto, as metodologias ativas têm como objetivo colocar o aluno como protagonista do seu processo de aprendizagem, tornando os momentos participativos e colaborativos. Assim, as metodologias ativas se fundamentam na flexibilidade e interatividade, com intuito de promover a ruptura das formas tradicionais de ensino (Paula *et al.*, 2018).

Tal concepção centra-se na perspectiva da problematização pensada por Freire (2011), pois, segundo o autor, a consciência ingênua é o segundo nível de percepção do sujeito, seguido posteriormente pela consciência crítica.

No entanto, pode-se destacar dificuldades em relação à implementação de novas metodologias de aprendizagem, de forma a favorecer momentos de reflexão e criticidade dos discentes e construção do conhecimento. Os autores Mesquita, Meneses e Ramos (2016) apontam a existência de obstáculos, no que tange ao rompimento de modelos antigos já enraizados no processo de ensino e aprendizagem. Eles ressaltam que toda mudança exige tempo, mas também interesse e disponibilidade de trazer o novo para o plano pedagógico.

Ainda, é válido ressaltar que as possibilidades apontadas se direcionam às metodologias utilizadas, que também foram destaque nos aspectos de limitação ao reportarem as metodologias mais tradicionais que tornam as aulas monótonas. Em contrapartida, também foram apresentadas possibilidades, pois a implementação de estratégias de ensino favorece discussões e melhoria do processo de ensino e aprendizagem.

Assim, ressalta-se que o componente curricular ou temáticas da Bioética, aliado aos discentes em contato com pacientes durante o período de estágio, bem como a utilização de diversas estratégias de ensino com inserção das metodologias ativas, podem promover melhores direcionamentos na condução do ensino da Bioética nos cursos de Enfermagem. Isso contribui para a superação dos velhos modelos de ensino.

Observou-se que os docentes e os discentes destacaram mais aspectos limitantes do que possibilidades de ensino e aprendizagem da Bioética. As dificuldades relacionaram-se com a reduzida carga horária do componente curricular, o intervalo longo entre o componente curricular e às práticas em estágio, fatores estes que tornam difícil a correlação entre teoria e prática. Ressalta-se que o embasamento do componente Bioética em semestres em que ocorrem os estágios facilita a associação, pelos discentes, entre teoria e aplicabilidade na prática.

A falta de especialização ou qualificação docente na área da Bioética, junto à postura docente sem imparcialidade, se constituem como fatores limitantes no processo formativo da Bioética. A interposição de ideias e prejulgamentos também contribuem para essas limitações. A falta de formação interfere na condução deste componente curricular, uma vez que necessita de ambiente reflexivo, de escuta qualificada e compartilhamento de saberes e mediação para uma tomada de decisão adequada frente às problemáticas existentes no âmbito da assistência à saúde.

Os docentes apontaram a falta de motivação dos discentes quanto às temáticas de Bioética e, em contrapartida, os discentes apontam a utilização de métodos tradicionais de ensino, que favorecem a desmotivação. Assim, as metodologias ativas são alternativas para tornar as aulas mais interessantes e motivadoras aos discentes, bem como proporcionar o processo dinâmico, com problematização dos casos e promovendo pensamento crítico.

A falta de integração dos conteúdos de Bioética ao longo do curso dificulta a associação entre teoria e prática. Uma abordagem transversal desses conteúdos na matriz curricular poderia enriquecer as discussões em diferentes contextos, considerando as particularidades de cada componente curricular. Essa integração favoreceria uma compreensão mais ampla e aplicada da Bioética na formação em enfermagem.

As metodologias ativas foram apontadas como possibilidades de condução do componente curricular e/ou temáticas da Bioética nos cursos de enfermagem. Tais estratégias podem favorecer o rompimento de modelos antigos de ensino e proporcionar aos discentes autonomia e protagonismo do discente na construção do conhecimento.

Desta forma, este estudo oportunizou a verificação dos aspectos limitantes na condução do processo formativo em Bioética, bem como promoveu reflexões acerca das necessidades de adequações nas matrizes curriculares, de forma a dirimir tais dificuldades apresentadas pelos discentes e docentes e favorecer uma formação crítica, reflexiva e humanizada.

Este estudo possui limitações, tais como a restrição ao nordeste do Brasil, fato que não aponta uma generalização para todo o país, apesar da literatura nacional corroborar com os achados desta

pesquisa. Além disso, outra limitação perpassou pela escassez de material científico atualizado sobre a temática abordada, principalmente no âmbito da graduação em enfermagem. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos sobre o ensino da ética e da Bioética na enfermagem com uma visão mais abrangente, além da ampliação geográfica para outras regiões do país.

Referências

- AMARAL, A. P. S.; BOERY, R. N. S. O. Metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem do curso de Enfermagem. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, v. 27, n. 290, p. 34-49, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11774>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BORDIGNON, S. S. *et al.* Produção científica acerca do ensino da ética na enfermagem. *J Nurs Health*, v. 5, n. 1, p. 55-67, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v5i1.3712>. Acesso em: 22 set. 2022.
- COELHO, M. P.; PARTELLI, A. N. M. Júri simulado no ensino da ética/Bioética para a enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE*, v. 13, n. 1, p. 499-510, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a238454p499-510-2019>. Acesso em: 01 out. 2022.
- FISCHER, M. L. *et al.* Caminho do diálogo: uma experiência Bioética no ensino fundamental. *Revista Bioética*, v. 25, n. 1, p. 89-100, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251170>. Acesso em 10 out. 2022.
- FONTES, F. L. L. *et al.* Utilização de metodologias ativas no curso de graduação em Enfermagem: uma oportunidade de superação do modelo de ensino tradicional. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, p. e35410111774, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11774>. Acesso em: 10 set. 2023.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.
- JUNG, R. K. *et al.* Análise da oferta da disciplina Bioética nos cursos de graduação em Odontologia brasileiros. *Revista da ABENO*, v. 23, n. 1, p. 1766, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v23i1.1766>. Acesso em: 10 out. 2023.
- LEITE, D. A. A. *et al.* Uso da casuística no processo ensino-aprendizagem de Bioética em saúde. *Rev. Bioét.*, v. 25, n. 1, p. 82-88, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251169>. Acesso em: 15 set. 2023.
- MALUF, F.; FAÇANHA, T. R. S. A presença do ensino da Bioética na Enfermagem. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 8, n. 1, p. 1-16, 2017. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/866/700>. Acesso em: 15 set. 2023.

- MARTINS, V.; SANTOS, C.; DUARTE, I. Educar para a Bioética: desafio em enfermagem. *Revista Bioética*, v. 30, n. 3, p. 498-504, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303543PT>. Acesso em: 20 set. 2023.
- MASCARENHAS, N. B.; SANTA ROSA, D. O. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. *Texto Contexto Enferm.*, v. 19, n. 2, p. 366-71, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200019>. Acesso em: 10 out. 22.
- MESQUITA, S. K. C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de Enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 2, p. 473-486, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00114>. Acesso em: 01 out. 2022.
- PACHECO, W. L. *et al.* O ensino da Bioética nos cursos de medicina do Brasil. *SciELO Preprints*, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7273>. Acesso em: 22 set. 2022.
- PAULA, S. L. *et al.* Metodologias ativas: uma ação colaborativa para a formação de multiplicadores. *Conv. Ciênc. Inform.*, v. 1, n. 2, p. 160-167, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.33467/conci.v1i2.10268>. Acesso em: 16 fev. 2023.
- REGO, S.; PALACIOS, M. Contribuições para planejamento e avaliação do ensino da Bioética. *Revista Bioética*, v. 25, n. 2, p. 234-243, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252183>. Acesso em: 08 set. 2022.
- SANTOS, A. F. N. *et al.* A Bioética como tema transversal na formação do enfermeiro em um currículo integrado: análise documental. *Braz. J. of Develop.*, v. 6, n. 1, p. 2463-2477, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-182>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- SANTOS, R. M. M. *Processo formativo em Bioética nos cursos de Enfermagem*. 2019. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2019.
- SANTOS, R. M. M.; COUTO, T. A.; YARID, S. D. Aspectos éticos e bioéticos encontrados na atenção primária à saúde. *Saúde.com*, v. 14, n. 2, p. 1163-1172, 2018. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/4035>. Acesso em: 10 out. 2022.
- SCHWARTZMAN, U. P. *et al.* Interdisciplinaridade: referencial indispensável ao processo de ensino-aprendizagem da Bioética. *Revista Bioética*, v. 25, n. 3, p. 536-43, 2017. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/1476. Acesso em: 13 set. 2022.
- SILVA, V. X. L.; VIEIRA, V. B.; FEITOSA, S. F. Complexidade e transdisciplinaridade no currículo médico comprometido com Bioéticas latino-americanas. *Revista Bioética*, v. 30, n. 3, p. 548-557, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303548PT>. Acesso em: 22 fev. 2023.
- SOUZA, T. P.; GOMES, E. Perfil acadêmico e produtividade científica dos docentes de bio(ética) no ensino da fonoaudiologia do Rio Grande do Sul. *Tear: Revista de Educação Ciência e Tecnologia*, v. 10, n. 2, p. 1-19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.35819/tear.v10.n2.a5095>. Acesso em: 13 set. 2022.

Capítulo 2

Formação para competência ética da enfermeira para tomar decisões na região Nordeste brasileira

*Elis Nunes Neiva
Darci de Oliveira Santa Rosa
Kelly Cruz Pimentel Sampaio
Ana Carla Carvalho Coelho
Simone da Silva Oliveira
Aline Raposo Ramos*

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) superam paradigmas, pois associam ensino e prática, oferecendo componentes e conteúdos curriculares que proporcionam às estudantes o desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos, habilidades, atitudes e saberes (Almeida; Peres, 2012). Para isso, as DCN/ENF subdivide o processo formativo em núcleos de competências.

Os núcleos de competências, fundamentados pelas DCN/ENF, devem ser propagados de forma integrada e em conjunto com instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma que habilite as estudantes para o pensamento crítico, em conjunto com a análise dos problemas de saúde e de enfermagem. Nesse sentido, as enfermeiras devem estar aptas para resolver problemas, atentando-se aos preceitos éticos e bioéticos, junto aos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2001). Para que essas habilidades e competências sejam formadas, a graduação deve ocorrer através de uma relação de partilha entre educadores e estudantes (Enderle *et al.*, 2018).

As DCN/ENF delineiam os princípios e os fundamentos da formação acadêmica, e têm por objetivo formar enfermeiras com conhecimentos sólidos para o exercício das competências e habilidades necessárias para o trabalho em saúde (Carvalho *et al.*, 2017). Para isso, as DCN/ENF estabelecem, na Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018, a duração do Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem. Em seu Art. 32, define-se a carga horária mínima de 4.000 (quatro mil horas) e duração mínima de dez períodos letivos ou cinco anos (Brasil, 2018).

Pacheco (2011) fundamenta a noção de competência, ao indicar que esta implica na mobilização correta dos recursos, raciocínio, iniciativa, interpretação, criatividade e reconhecimento dos riscos. Tais características associam-se com as experiências obtidas pelas estudantes durante o processo da graduação, que deve envolver estratégias metodológicas que aproximem o ensino de contextos que favoreçam o desenvolvimento da competência ética e moral.

No intuito de identificar a produção científica sobre a temática nos últimos cinco anos, foi realizado um levantamento bibliográfico. A pesquisa abrangeu publicações em idioma inglês e português, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores: Graduação em Enfermagem, Ética, e Tomada de Decisões, com operador booleano AND. Foram identificados três estudos, sendo dois em inglês e um em português, que abordavam a formação para competência ética da enfermeira para tomar decisões diante problemas ético-morais. Este levantamento bibliográfico evidencia uma lacuna na produção desse conhecimento.

Justifica-se este estudo pela lacuna do conhecimento identificada no levantamento bibliográfico sobre a temática. Destaca-se a necessidade de ampliar o corpo de conhecimento e aprofundar a compreensão sobre o processo de formação para a tomada de decisões pelos estudantes das Instituições de Ensino Superior (IES) que ofertam o curso de Bacharelado em Enfermagem na Região Nordeste brasileira.

Reconhecendo a importância de expandir os conhecimentos sobre a formação para a competência ética da enfermeira, foi desenvolvido um estudo descritivo de natureza documental como fonte secundária. Nesse contexto, o presente estudo teve como questão de investigação: “Como se dá a formação para a competência ética da enfermeira nas IES da Região Nordeste brasileira?”, definida também como objeto de estudo.

Trata-se de estudo descritivo, que utilizou como fonte as informações disponíveis nos sites institucionais das IES da Região Nordeste do Brasil, que ofertam o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Para garantir o rigor metodológico, foram estabelecidos critérios específicos para obtenção e tratamento dos dados. Os dados foram coletados pela pesquisadora no mês de junho do ano de 2021.

Para identificação das IES que ofertam o curso de Enfermagem na Região Nordeste, foram seguidos os seguintes passos metodológicos:

1. Acesso ao site: <https://emec.mec.gov.br/>;
2. Consulta avançada por Curso de Graduação;
3. Seleção dos Cursos de Graduação Bacharelado em Enfermagem na listagem existente no e-MEC;
4. Seleção conforme as Unidades Federativas (UF) que compõem a Região Nordeste Brasileira: AL, BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN, SE;
5. Seleção dos municípios onde funcionam as capitais: Maceió, Salvador, Fortaleza, São Luís, João Pessoa, Recife, Teresina, Natal e Sergipe;
6. Seleção dos cursos com gratuidade e cursos sem gratuidade;
7. Seleção da modalidade de ensino presencial;
8. Seleção do grau de formação Bacharelado;
9. Seleção da situação das IES “em atividade”.

De posse da lista do quantitativo de Instituições de Ensino Superior (IES) por capital da Região Nordeste, identificou-se a natureza mantenedora (com fins lucrativos ou sem fins lucrativos) para as instituições particulares. Em seguida, foi elaborada uma listagem por capital e natureza mantenedora, a partir da qual foram construídas três planilhas, tomando por referência a instituição mantenedora.

Foram identificadas 15 instituições públicas nas nove capitais nordestinas. A organização desses dados ocorreu através de uma planilha, guiada pelo principal critério de busca: a presença

de termos relacionados à tomada de decisões durante a formação acadêmica. Realizou-se a coleta de dados nos sites dessas instituições, buscando conteúdos sobre tomada de decisões frente a problemas ético-morais durante o processo de formativo. Foram considerados também dados do site institucional do curso, sua operacionalização, existência de Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e informações gerais.

Após leitura das informações obtidas, foram selecionados trechos que evidenciassem informações sobre a formação da enfermeira para tomar decisões éticas. Nesta listagem, foram identificados os sites em manutenção, justificando o impedimento ao acesso às informações.

Para as 35 IES privadas sem fins lucrativos, elaborou-se nova planilha com os mesmos critérios de busca. Realizou-se leitura detalhada nos sites, buscando informações sobre tomada de decisões relacionadas a problemas éticos-morais no processo de graduação. Foram consideradas como referência informações sobre o curso, incluindo sua operacionalização, a existência de PPC e outras informações relevantes.

A partir da leitura do PPC e das informações dos sites, selecionaram-se trechos sobre a formação da enfermeira para tomada de decisões diante de problemas éticos-morais, incluindo os casos de não aptidão com suas justificativas.

Para as 87 IES privadas com fins lucrativos, elaborou-se planilha similar, buscando o termo “tomada de decisões durante a formação acadêmica”. A leitura nos sites visou identificar conteúdos sobre tomada de decisões diante de problemas éticos durante a formação. Foram tomadas como referência informações sobre o curso, operacionalização, existência de PPC e informações gerais.

Após leitura do PPC e das informações sobre os cursos dos sites, trechos foram selecionados sobre a formação da enfermeira para tomada de decisões. Destacou-se como motivo de não aptidão a ausência do curso de Bacharelado em Enfermagem nos sites institucionais.

Foram estabelecidos critérios de inclusão: IES em funcionamento; presença de link para curso de Enfermagem; disponibilidade do PPC (ou ao menos a Ementa); registro sobre formação para a competência ética; e acesso à grade curricular. Com esses critérios, totalizaram-se 137 IES na amostra.

Foram consideradas não aptas as IES com site em manutenção ou sem registro da existência do curso de Enfermagem.

Os dados foram processados *Microsoft Excel 2019*, com estatística descritiva, apresentados como números inteiros e percentuais. Por utilizar dados de domínio público, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética. Na apresentação dos resultados, as informações sigilosas foram preservadas conforme a Lei dos direitos autorais (Brasil, 1998).

Das 137 IES selecionadas nas nove capitais nordestinas, cadastradas no e-MEC, 15 são públicas, 87 privadas com fins lucrativos e 35 privadas sem fins lucrativos.

A análise dos sites institucionais das IES cadastradas no e-MEC revelou que, das 15 IES públicas, que ofertam o curso de Bacharelado em Enfermagem nas capitais nordestinas, 80% (12) apresentam informações que confirmam a formação para competência ética na tomada de decisões frente a problemas ético-morais. Em contrapartida, 13,33% (2) não disponibilizam tais informações, e 6,67% (1) foi categorizada como não apta por estar com site em manutenção durante o período de coleta.

Quanto às 87 IES privadas com fins lucrativos, 26,44% (23) confirmam em seus sites a presença dessa formação ética, enquanto 64,37% (56) não apresentam tais informações. As demais 9,20% (9) foram classificadas como não aptas, seja pela ausência do curso de Enfermagem no site ou por este estar em manutenção.

Das 35 IES privadas sem fins lucrativos capitais nordestinas, 25,71% (9) apresentam informações sobre a formação para competência ética, 62,85% (22) não disponibilizam essas informações, e 11,42% (4) foram classificadas como não aptas pelos mesmos critérios anteriores.

Em relação à disponibilização do Projeto Pedagógico (PPC/ENF) nos sites institucionais, 80% (12) das IES públicas o fazem, contrastando com apenas 2,30% (2) das IES privadas com fins lucrativos e 11,43% (4) das IES privadas sem fins lucrativos.

Os resultados deste estudo 137 Instituições de Ensino Superior (IES) registradas no Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior nas nove capitais nordestinas que ofertam o Bacharelado em Enfermagem.

Quanto às mantenedoras, a maior oferta do curso ocorre em IES privadas com fins lucrativos, seguidas sem fins lucrativos e, por fim, pelas públicas. Estes dados corroboram com o estudo de Fernandes (2012), que ao analisar a expansão do ensino superior no Brasil, aponta que 80% dos cursos de Enfermagem são ofertados por instituições privadas. Ressalta-se que o aumento quantitativo de IES não necessariamente indica melhor formação de profissionais competentes.

Do total analisado, apenas 32,12% (44) das IES apresentam em seus sites informações sobre formação para competência ética na tomada de decisões frente a problemas éticos-morais.

Este cenário é preocupante, pois segundo as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (DCN/ENF), de 2018, as IES devem formar profissionais generalistas, críticas e reflexivas. A capacidade de tomar decisões éticas impacta diretamente o bem-estar, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. É fundamental, portanto, que as instituições ofereçam uma educação que desenvolva a dimensão ético-política e a competência profissional (Burgatti *et al.*, 2013).

Os dados revelam que a maioria das IES pública (80% - 12), confirma em seus sites a formação para competência ética. Em contraste, apenas uma pequena parcela das IES privadas com fins lucrativos (26,44% - 23) e sem fins lucrativos (25,71% - 09), apresenta essa formação.

Percebe-se que, embora em menor número total, as IES públicas demonstram maior compromisso com a formação ética em seus currículos.

Nesse contexto, destaca-se a importância de as IES atenderem às DCN/ENF, que preconizam uma formação na competência ética para a tomada de decisões. As diretrizes enfatizam a necessidade de oferecer reflexões e experiências sobre ética profissional, fundamentadas nos princípios éticos e bioéticos (Brasil, 2018).

Mascarenhas e Santa Rosa (2010) afirmam que é indispensável que estudantes de enfermagem desenvolvam capacidade de articular conhecimentos, valores e habilidades para decisões diante problemas éticos, morais, sociais e técnicos em sua futura atuação. Portanto, cabe às IES e os educadores priorizar o ensino da Ética e Bioética como instrumentos fundamentais para formação de enfermeiras.

De acordo com os dados analisados, 13,33% (2) das IES públicas que ofertam o Bacharelado em Enfermagem nas capitais nordestinas não apresentam informações em seus sites sobre a formação para competência ética na tomada de decisões ético-morais. Entre as instituições privadas, 64,37% (56) das IES com fins lucrativos e 62,85% (22) das IES sem fins lucrativos também não disponibilizam essas informações. Esses resultados são alarmantes, pois a maioria das instituições privadas não confirma a formação para competência ética em seus sites.

Este cenário destaca o desafio atual das IES em formar profissionais com competências e habilidades adequadas. As, IES que oferecem o Bacharelado em Enfermagem devem focar no desenvolvimento de competências técnicas, teóricas, científicas e políticas, aliadas à percepção e sensibilidade, conforme as DCN/ENF (Brasil, 2001, 2018).

Os resultados mostram que 9,49% (13) das IES cadastradas e-MEC foram consideradas não aptas por não seguirem os critérios do estudo. Este panorama levanta questionamentos a ausência de informações sobre o curso de Enfermagem em sites institucionais.

Os dados deste estudo mostraram que apenas 18,75% (18) das IES que oferecem o Bacharelado em Enfermagem nas capitais nordestinas disponibilizam o Projeto Pedagógico do curso (PPC/ENF) em seus sites. A maioria das IES públicas (80% - 12), disponibiliza o PPC/ENF, enquanto apenas 2,30% (2) das privadas com fins lucrativos e 11,43% (4) das sem fins lucrativos o fazem.

Este resultado é preocupante, impede a análise dos PPC/ENF e levanta questões sobre a falta de disponibilidade desse documento. Ressalta-se a importância do PPC/ENF como ferramenta essencial para melhorias na formação da enfermeira (Magalhães *et al.*, 2017).

Conclui-se que a maioria das Instituições de Ensino Superior (IES) das capitais da Região Nordeste que oferecem o curso pertence ao setor privado. A maioria das IES públicas apresenta informações sobre a formação para competência ética, enquanto poucas IES privadas fazem o mesmo.

Observa-se que a formação para competência ética nas IES públicas da Região Nordeste é uma prioridade na formação de enfermeiras.

Referências

ALMEIDA, M. L.; PERES, A. M. Conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a gestão dos formandos de enfermagem de uma universidade pública brasileira. *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, v. 30, n. 1, 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000100008. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CES N° 3, de 7 de Novembro de 2001*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. *e-MEC*. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/e-mec-sp-257584288>. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução n° 569 de 08 de dezembro de 2017*. Brasília: DF: Conselho Nacional de Educação, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2017/resolucao-no-569.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução n° 573 de 31 de janeiro de 2018*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n° 9.610, de 19 de fevereiro de 1998*. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm. Acesso em: 22 ago. 2021.

BURGATTI, J. C.; LEONELLO, V. M.; BRACIALLI, L. A.; OLIVEIRA, M. A. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 66, n. 2, p. 282-286, mar./abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QXTHVdk5Mg8McVPLDTgY5tn/?format=pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

CARVALHO, V. L.; OLIVEIRA, A. L. C.; ALVES, K. S.; SILVA, R. L. SILVA, C. B. Competências para a promoção da saúde em formandos dos cursos da área da saúde. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 11, n. 8, p. 3270- 3276, ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i8a110193p3269-3278-2017>. Acesso em: 12 out. 2019.

ENDERLE, C. F.; SILVEIRA, R. S.; DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; AVILA, L. I.; DOMINGUEZ, C. C. Estratégias docentes: promovendo o desenvolvimento da competência moral em estudantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0704>. Acesso em: 12 out. 2019.

FERNANDES, J. D. Expansão de cursos/vagas de graduação e enfermagem e a qualidade do processo de formação da (o) enfermeira (o). *Rev. Bras. Enferm.*, v. 65, n. 3, jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300001>. Acesso em: 23 out. 2021.

MAGALHÃES, S. M. F.; GABRIELLONI, M. C.; SANNA, M. C.; BARBIERI, M. Educação em Enfermagem: conceituando o projeto pedagógico na visão de professores. *Rev. Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700038>. Acesso em: 08 nov. 2021.

MASCARENHAS, N. B.; ROSA, D. O. S. Ensino da Bioética na formação do enfermeiro: interface com a bibliografia adotada. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 392-398, 2010.

PACHECO, M. F. *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem – uma teoria explicativa*. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica, Lisboa, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7947/1/Desenvolvimento%20da%20compet%C3%Aancia%20%C3%A9tica%20dos%20estudantes%20de%20enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PACHECO, S.; ROSA, D. O. Importância do desenvolvimento de competências éticas na formação em enfermagem. *Nursing (Edição Portuguesa)*, v. 242, p. 8-13, 2009.

Capítulo 3

Reflexões acerca das propostas curriculares na formação do (a) enfermeiro (a): do contexto histórico aos dias atuais

*Rose Manuela Marta Santos
Ana Cristina Santos Duarte
Darci de Oliveira Santa Rosa
Sérgio Donha Yarid*

No cenário brasileiro, entre as décadas de 1960 e 1970, ocorreu uma forte influência do modelo capitalista e da industrialização na sociedade, com intensificação dos processos de produção e serviços, que influenciou diretamente o cuidado à saúde voltado à medicina privatista. Assim, houve a necessidade de adequação do perfil dos recursos humanos para lidar com as novas demandas (Souza, 2011).

Sob influência da industrialização, a evolução das tecnologias, particularmente na área da saúde, aumentou vertiginosamente com a oferta de serviços cada vez mais densos tecnologicamente. Entre outros aspectos do progresso, emergiu a preocupação relacionada à formação dos profissionais que atuariam frente a essas novas demandas. Logo, surgiu a necessidade de formar profissionais com competências e habilidades adequadas ao progresso tecnológico (Siqueira, 2012).

Na década de 1990, contrapondo-se ao modelo da medicina privatista e aos moldes de formação de recursos humanos, os movimentos reivindicatórios buscavam por mudanças na oferta de serviços de saúde. Tais movimentos culminaram na Reforma Sanitária, que visava à universalização de serviços de saúde, bem como ao distanciamento da formação profissional do modelo tecnicista em direção a um atendimento integral no processo saúde-doença (Santos; Carvalho, 2015).

No entanto, após décadas de alterações e adequações curriculares, a ruptura com os modelos tradicionais ainda não é satisfatória, pois persiste a influência direta entre o capital e a produção dos serviços de saúde. Em consequência, a formação de recursos humanos em saúde também segue esse molde. Segundo Gesser e Ranghetti (2011), o currículo ancora-se nos modelos tradicionais de formação e diverge do que seria o ideal para a tríade teoria, prática e formação profissional e humana.

Com base nessa contextualização inicial, verifica-se a importância de reflexões e do reconhecimento dos elementos históricos que direcionam o processo formativo dos enfermeiros, bem como as tendências de novas matrizes curriculares para ofertar um ensino crítico e reflexivo

capaz de abarcar às demandas atuais. Neste sentido, este estudo tem como objetivo refletir acerca das propostas curriculares na formação do(a) enfermeiro(a), do contexto histórico aos dias atuais.

Trata-se de uma reflexão teórica acerca das propostas curriculares implementadas nos cursos de graduação em Enfermagem. Foram realizadas pesquisas em artigos, dissertações, teses e livros nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Internacional em Ciências da Saúde e *Scopus*.

Foram utilizados termos como “Currículo”, “Formação de Recursos Humanos” e “Educação em Enfermagem”, “Ética” e “Bioética” de forma individualizada e em combinações associadas com o operador booleano AND. Adicionalmente, a discussão também foi baseada em documentos oficiais, leis e decretos para a composição do *corpus* de análise e reflexão.

As informações extraídas dos documentos foram agrupadas por afinidade temática, com distribuição em quadros para melhor verificação dos núcleos de sentido e, posteriormente, realizadas as aproximações e inferências, de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2010).

Válido ressaltar que esta pesquisa faz parte da Tese intitulada: *Processo formativo em Bioética nos cursos de graduação em enfermagem* (Santos, 2019). Embora a pesquisa de revisão não necessite de avaliação do comitê de ética, esta pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) com número de registro CAAE: 89536318.1.0000.0055.

Os dados apresentados nesta pesquisa foram coletados e as reflexões desenvolvidas nos meses de maio a julho de 2018.

O desenvolvimento histórico da educação formal brasileira passou por diversas transformações e por influências de outros países, visando a adequação dos currículos às demandas da sociedade. Neste contexto, o ensino de enfermagem também acompanhou esta evolução, buscando oferecer uma qualificação profissional satisfatória.

Segundo Braid, Machado e Aranha (2012), atualmente há um esforço em prol de novas propostas que promovam a inovação nas instituições, visando um ensino que qualifique os profissionais adequadamente. No entanto, apesar das diferentes concepções e sugestões de currículos, há diferentes formas de colocá-las em prática.

Historicamente, a enfermagem surgiu como uma profissão com ações voltada ao cuidado, mas sem uma base científica ou currículo sistematizado. Esse cuidado, predominantemente de caráter religioso e filantrópico, começou a se consolidar a partir do modelo de assistência organizado por Florence Nightingale, que trouxe maior sistematização à prática (Silveira; Paiva, 2011).

Nesse sentido, a situação precária de saúde no Brasil durante o século XIX e início do século XX, marcada pela alta prevalência de doenças infectocontagiosas, evidenciava a falta de higienização dos portos, o desordenamento urbano e a ausência de políticas públicas. Esses fatores impactavam diretamente o comércio de exportação cafeeira, principal atividade econômica da época. Assim, emergiu a necessidade de capacitar profissionais para enfrentar tais desafios e implementar ações efetivas de combate à crise sanitária (Rebouças, 2013).

Assim, diante das condições de saúde no Brasil e da ausência de estratégias educacionais adequadas, destacou-se a necessidade de um profissional capaz de investigar os processos patológicos e desenvolver estratégias para combater e superar as patologias existentes (Oliveira; Lima; Baluta, 2014). Nesse contexto, a enfermagem brasileira buscou referência no modelo norte-americano, fundamentado no processo saúde-doença de caráter biologicista, curativista e individualista, o que exigiu do profissional um domínio técnico adequado (Silveira; Paiva, 2011).

No processo de institucionalização da formação profissional em enfermagem, foi criada, pelo Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890, a primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Brasil (Oliveira; Lima; Baluta, 2014; Brasil, 1890). Posteriormente, essa instituição passou a ser chamada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, embasada no modelo da Escola de Salpêtrière, na França, e atualmente integra a Universidade do Rio de Janeiro (Silveira; Paiva, 2011).

A Primeira Guerra Mundial (1914) também contribuiu para o avanço da enfermagem. A Cruz Vermelha começou a capacitar voluntários para cuidar de feridos da guerra, o que impulsionou a criação da Escola da Cruz Vermelha no Rio de Janeiro. Influenciado pelos governos do Brasil e dos Estados Unidos, Carlos Chagas, então diretor do Departamento de Saúde Pública, obteve o apoio de enfermeiras norte-americanas para fundar a Escola de Enfermagem Ana Nery no Brasil, seguindo o modelo *nightingaleano* (Oliveira; Lima; Baluta, 2014). A Escola Ana Nery recebeu esse nome em homenagem à enfermeira brasileira Ana Nery, que se destacou pelo cuidado exemplar aos feridos de guerra. Embora Florence Nightingale seja amplamente reconhecida como pioneira da enfermagem moderna, a homenagem a Ana Nery ressalta a relevância de sua contribuição à história da enfermagem no Brasil.

O discurso da Escola de Enfermagem Ana Nery, estruturado nos moldes *nightingaleanos*, priorizava a formação de enfermeiros para um cuidado hospitalar tecnicista, ainda que o contexto da época exigisse um modelo de formação voltado à prevenção, especialmente para enfrentar os desafios relacionados ao saneamento básico urbano. O processo seletivo para a escola era marcado por critérios elitistas, requerendo que as candidatas fossem mulheres solteiras, com idades entre 20 e 35 anos, formação básica da educação e proficiência em línguas estrangeiras, o que contradizia o discurso social de democratização da saúde (Oliveira; Lima; Baluta, 2014).

O currículo da formação em enfermagem, por sua vez, apresentava características fragmentadas, com uma carga horária reduzida para disciplinas teóricas e uma exigência de dedicação de oito horas diárias em assistência hospitalar, com baixa remuneração e apenas duas meias-folgas por semana durante os quatro primeiros meses de formação. No último período, o ensino se voltava à Clínica e Saúde Pública, mantendo a rotina de assistência hospitalar de oito horas diárias (Silveira; Paiva, 2011).

Destarte, após as iniciativas de formação de enfermeiros, observou-se a expansão das escolas de enfermagem nas décadas de 1930, 1940 e 1950. Entretanto, a partir de meados da década de 1960, esta expansão diminuiu, influenciada por mudanças do novo modelo de sociedade, pelo crescimento econômico e pelas convicções políticas e ideológicas governamentais que relegaram as políticas públicas de educação e saúde a um plano secundário (Geovanini, 2005).

Entre as décadas de 1960 e 1970, o Brasil vivenciou um acelerado desenvolvimento tecnológico, impulsionado pelo modelo capitalista ascendente e pela industrialização influenciada pelos EUA e outros países em desenvolvimento. Esse contexto exigiu mão de obra qualificada, especialmente em áreas relacionadas à saúde, como resultado da evolução biotecnológica, que trouxe a necessidade de gerenciar novos processos produtivos (Souza, 2011; Brasil, 2011).

Nesse cenário, influenciado pelo modelo Flexner de formação norte-americana, o Brasil adotou uma estrutura curricular na área da saúde voltada para a qualificação de trabalhadores centrada na patologia, com enfoque em uma abordagem clínica, hospitalocêntrica e disciplinar, além de fragmentada (Almeida Filho, 2010). Esse direcionamento atendia às demandas produtivas do modelo capitalista da época (Oliveira; Lima; Baluta, 2014).

A formação em enfermagem, por sua vez, refletiu essa fragmentação, evidenciando uma organização heterogênea que também acentuou a distinção entre categorias da equipe de enfermagem (Oliveira; Lima; Baluta, 2014). A primeira regulamentação formal desse modelo ocorreu com a Lei de Diretrizes e Bases para Educação Superior nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, que normatizou o ensino superior, estabelecendo disciplinas obrigatórias e eletivas. Essa lei foi posteriormente revogada pela Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Brasil, 1968).

A constituição de um currículo disciplinar perpassa pelo entendimento de que o indivíduo, em seu processo de evolução social, é submetido a discursos institucionalizados. Nesse contexto, a educação formal, ao atuar como um instrumento normalizador, direciona o sujeito a condutas consideradas adequadas, evidenciando as relações de poder que emergem nesse processo (Siqueira-Batista, Rodrigo; Siqueira-Batista, Romulo, 2009). Conforme Foucault (2012), a formação educacional pode ser compreendida como uma conduta política, que se apropria dos saberes, os transforma e os reintroduz, orientando-se pelas dinâmicas entre saber e poder.

Em consonância com o crescimento da formação de enfermeiros no Brasil, tornou-se necessário organizar e padronizar os currículos. Nesse contexto, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) propôs orientações para a inserção de um currículo mínimo, com carga horária de 3.000 horas e reordenamento dos conteúdos. No entanto, a matriz curricular permaneceu fragmentada, sem articulação entre as áreas básica e clínica, o que favoreceu a especialização e o distanciamento do sistema de saúde como um todo (Silveira; Paiva, 2011).

Os novos direcionamentos para a formação em saúde começaram a ganhar destaque na I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1986. O evento discutiu como programas e projetos direcionados à formação de profissionais capazes de atender às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Pinto *et al.*, 2013).

Posteriormente, diversos debates sobre a organização curricular do ensino superior culminaram na consolidação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) em 1996, que substituiu a lei de 1968. Essa legislação passou a vincular a educação escolar ao mundo do trabalho e à prática social, promovendo currículos mais alinhados ao exercício da cidadania e a qualificação do trabalho (Brasil, 1996).

Em 1990, ocorreu a Conferência Internacional de Educação na Tailândia, organizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Durante o evento, foi elaborada a Declaração Mundial sobre Educação para Todos, que gerou um relatório destacando as premissas básicas da aprendizagem. Redigido por Jacques Delors, o relatório propôs quatro pilares fundamentais como base para a organização do processo de ensino e aprendizagem (Ferreira; Nascimento, 2017; Delors, 2002).

Segundo o relatório de Jacques Delors (2002), os quatro pilares abordados visam uma educação com experiência global, no plano cognitivo e prático, voltado ao indivíduo como ser social. Os pilares do processo de ensino e aprendizagem são: **aprender a conhecer**, que destaca a utilização de instrumentos do conhecimento para proporcionar o entendimento sobre a complexidade do mundo, estimulando a autonomia, o senso crítico e a base para o desenvolvimento do conhecimento ao longo da vida; **aprender a fazer**, que busca desenvolver habilidades e aptidões para o enfrentamento das situações cotidianas; **aprender a viver**, que trata do saber viver em conjunto e desenvolver o conhecimento na troca entre as diferentes percepções no encontro com o outro, construindo

coletivamente e gerenciando; e **aprender a ser**, que prepara o indivíduo para agir de forma autônoma, crítica e sem juízos de valor.

De acordo com esse relatório, surgem discussões e reflexões acerca da reorientação da formação em saúde, já que a formação dos profissionais de saúde foi construída com base na fragmentação dos conteúdos, o que conferia aos especialistas uma posição de poder/saber no processo de ensino aprendizagem. O enfoque biologicista e tecnicista, aliado ao distanciamento entre os conteúdos curriculares, não favorece a formação de um perfil profissional que atenda à maioria das demandas da população (Feuerwerker, 2003).

Assim, considerando as demandas que o SUS apresenta, surge a necessidade de um processo de formação que capacite o profissional a prestar assistência de forma integral, com qualidade e alinhada aos preceitos da humanização dos cuidados em saúde. Trata-se de formar profissionais que sejam responsáveis por suas ações e que atuem em conformidade com os princípios do SUS. Contudo, a consolidação do sistema único é um desafio, uma vez que a formação tecnicista e fragmentada tem dificultado a atuação dos profissionais em sua dimensão de cuidado (Silva; Santana, 2015).

Neste contexto, em decorrência dos movimentos sociais que demandaram uma reforma nas diretrizes curriculares dos cursos da área de saúde, foi aprovada, em 07 de novembro de 2011, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Enfermagem. Essa resolução tem como objetivo orientar e organizar os currículos das instituições de ensino superior no Brasil. As diretrizes romperam com o modelo de currículo mínimo, estabelecendo um perfil para o enfermeiro que prioriza uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Esse perfil está fundamentado em princípios éticos e visa capacitar o profissional para intervir em situações relacionadas ao processo saúde-doença, com responsabilidade social e assegurando uma atuação integral e humanizada (Brasil, 2001).

Além disso, as DCNs do Curso de Enfermagem (DCN/ENF) definem a formação profissional em consonância com as necessidades do sistema de saúde vigente, permitindo que as instituições de ensino superior adaptem o perfil do egresso às características regionais e às demandas socioeconômicas e políticas da sociedade (Rebouças, 2013; Brasil, 2001). Ademais, as diretrizes orientam a formação com base no desenvolvimento de competências e habilidades que atendam às reais necessidades do setor, buscando oferecer assistência qualificada, eficiente e resolutiva (Brasil, 2001). As competências indicadas pela DCNs estão detalhadas no Quadro 1.

Entende-se por competência a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos, como saberes, capacidades e informações, para solucionar, com pertinência e eficácia, uma série de situações. Já a habilidade é um conceito mais restrito, frequentemente associado à execução de ações específicas que podem servir ao desenvolvimento de diversas competências. Em outras palavras, as competências representam o domínio prático de situações cotidianas, enquanto as habilidades correspondem às ações realizadas — ações que são determinadas pelas competências, como, por exemplo, escovar os dentes (Perrenoud, 2000).

Neste sentido, as reflexões acerca das diretrizes curriculares devem perpassar pela base conceitual, filosófica e metodológica dos conteúdos, para que o perfil do profissional com habilidades e competências adequadas possa transformar a realidade social e promover a consolidação do SUS. A efetivação dos princípios do SUS no que tange aos aspectos dos recursos humanos depende de uma formação crítica e reflexiva, que forme profissionais com responsabilidade social capazes de

reorientar as práticas de saúde e, conseqüente, redefinir o modelo assistencial atual (Silva; Santana, 2015).

As DCNs também apresentam o instrumento de proposta educacional da instituição de ensino, o Projeto Político Pedagógico do Curso (PPP) ou Projeto Pedagógico do Curso (PPC), que deverá apresentar todas as informações do curso, como os objetivos, perfil do egresso, atividades complementares, diretrizes, metas e métodos utilizados durante a formação (Brasil, 2001).

Após quase duas décadas de DCNs, observa-se incipiência no desenvolvimento e atualização dos PPPs das instituições, apresentando-se como um desafio a ser superado na condução e adequação dos cursos (Fernandes *et al.*, 2005). Tal desafio sugere reflexão sobre os elementos constituintes do PPP e os caminhos a percorrer no direcionamento das práticas dos futuros profissionais (Silva; Santana, 2015).

Quadro 1 – Competências e habilidades gerais para a formação do profissional enfermeiro, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

Atenção à saúde	Profissional deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.
Tomada de decisões	O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.
Comunicação	Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.
Liderança	No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.
Administração e gerenciamento	Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.
Educação permanente	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Fonte: Brasil (2001).

Outro aspecto relacionado ao processo formativo que influencia na formação dos enfermeiros é o favorecimento de momentos de diálogos sobre a necessidade de adequação do currículo diante do

mundo globalizado. Ademais, as metodologias utilizadas pelos professores, a forma de organização e disposição dos cursos, o uso de tecnologias e o contínuo aperfeiçoamento dos docentes são itens a serem repensados pelas instituições, para que haja integração dos conteúdos e a transversalidade de componentes curriculares de base comum (Martini *et al.*, 2017).

Em síntese, mesmo com todo o processo de desenvolvimento de currículos que se adequem às necessidades demandadas pela sociedade, avançou-se muito pouco após as DCNs do curso de enfermagem, pois ainda se verifica uma formação extremamente técnica. A crise política, econômica e, principalmente, a crise de valores éticos que o Brasil vivencia atualmente, além de todos os fatores citados acima, segue também como obstáculo para a concretização de uma formação adequada e capaz de formar enfermeiros críticos e capazes de coordenar de forma ética seus processos de trabalho.

Após a implantação do SUS, houve modificações nas práticas de saúde, uma vez que foi delimitado na Constituição Federal que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Foi apontada também a atenção em saúde na perspectiva das diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade para um novo modelo assistencial (Brasil, 1988). Neste contexto, para atendimento às novas demandas e novos paradigmas no âmbito da saúde, houve a necessidade de reorientar os processos formativos em saúde (Costa; Miranda, 2008).

Neste sentido, em observância às particularidades regionais e mundiais de saúde, as propostas curriculares devem fornecer bases conceituais, filosóficas, políticas e metodológicas a fim de desenvolver nos discentes habilidades e competências adequadas para o desempenho profissional (Opitz *et al.*, 2008). Ademais, para a estruturação de um currículo, deve-se refletir e considerar aspectos subjetivos entre o discente, o docente e o projeto pedagógico proposto, de forma a adequá-los de acordo com os movimentos de interação que ocorrem no ambiente de aprendizado.

Para atender às diretrizes estabelecidas pelas DCNs, os currículos dos cursos de enfermagem passaram por uma reorganização para aproximar os conteúdos e o perfil de formação aos princípios dos SUS. Entretanto, essa aproximação busca espaço em meio às tendências e competições do mundo do trabalho (Silva *et al.*, 2012).

Assim, a proposta do currículo integrado surge como uma forma de superar as propostas de disciplinas estanques, que abordam os conteúdos sem integração. Nesse sentido, de acordo com Opitz *et al.* (2008), o currículo integrado evidencia a possibilidade de formação interdisciplinar para superar as lacunas existentes na proposta de ciência compartimentalizada, enfatizando a compreensão e análise dos problemas de forma global segundo os aspectos teórico-práticos.

As DCN de Enfermagem expressam que a organização dos cursos de graduação será implementada de acordo com a definição do colegiado, ou seja, a instituição tem a prerrogativa de determinar a modalidade do curso: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular. Além disso, determinam que as avaliações dos discentes sejam baseadas nas competências e habilidades adquiridas, e que as metodologias e critérios de avaliação do processo de ensino e aprendizagem sejam de escolha da instituição (Brasil, 2001).

O currículo integrado é definido como uma oportunidade de proporcionar ao discente uma visão geral dos conteúdos das disciplinas de forma interdisciplinar. Nesse contexto, a implementação do currículo integrado envolve aspectos epistemológicos e metodológicos que servem de base para a resolução de situações ou problemas sob diferentes perspectivas disciplinares; aspectos psicológicos

que valorizam a experiência individual no processo de ensino e aprendizagem; e, por fim, aspectos sociológicos que ressaltam a importância da humanização no conhecimento escolar (Santomé, 1998).

A proposta curricular integrada visa superar a concepção de currículo isolado, favorecendo a flexibilização das disciplinas e a interlocução entre os conteúdos. Isso permite também, segundo Santomé (1998), abordar conteúdos culturais existentes na fronteira das disciplinas e adaptar os conteúdos para analisar e solucionar os problemas por meio do diálogo entre saberes.

Dessa forma, a organização do currículo integrado ocorre a partir de uma ideia central, considerando a afinidade entre disciplinas para uma abordagem interdisciplinar (Dellarozza; Vannuchi, 2005). A proposta curricular deve proporcionar um ensino crítico-reflexivo, aproximando campos disciplinares e promovendo o intercâmbio entre teoria e prática vivenciada pelo discente (Ferreira; Nascimento, 2017). Segundo Pacheco (2005), a eficácia da implementação do currículo integrado requer uma prática pedagógica pautada no diálogo entre todos os participantes de um processo de organização curricular.

Na construção de um currículo baseado no diálogo, Freire (2011) ressalta que sua constituição deve ser democrática, organizada e pensada coletivamente, implicando a desconstrução de estruturas burocratizadas e a ação consciente dos atores sociais comprometidos.

Assim, o processo formativo crítico-reflexivo, com a participação dos atores sociais, respeita a autonomia dos indivíduos. A autonomia e a responsabilidade profissional dependem da capacidade de refletir e gerenciar ações, com base nas experiências e competências adquiridas, que são desenvolvidas continuamente na vida profissional (Perrenoud, 2000).

A abordagem do currículo integrado demanda uma integração holística, pois o processo formativo depende tanto de conhecimentos específicos quanto da intersecção entre os componentes curriculares (Morin, 2000). Isso implica uma associação de conteúdos para instrumentalizar o discente na perspectiva teórico-prático.

Os princípios do currículo integrado estão alinhados com a problematização proposta por Paulo Freire. Nesse contexto, a educação problematizadora ocorre por meio do diálogo entre discentes e docentes, onde o problema desvela-se como um desafio à resposta e o docente assegura a mediação para que haja uma análise crítica sobre a situação problema (Freire, 2016).

Além disso, nesse processo de diálogo e problematização, os docentes mediam o momento, mas a construção é bidirecional - entre professore e aluno e vice-versa. Contudo, promover a problematização e o diálogo não significa que o discente realizará a totalidade do percurso de compreensão da temática abordada, mas sim favorecer uma reflexão e uma análise geral e profunda para responder as questões problematizadoras (Gadotti, 1996).

Entretanto, na maioria das vezes, verifica-se que, no contexto das práticas em sala de aula, o docente valoriza as particularidades de sua disciplina e não se preocupa com a dimensão integral do conhecimento. É preciso refletir sobre o significado da aprendizagem, as contribuições para a formação do discente e a integração com as temáticas correlacionadas no currículo integrado (Estivalette, 2014).

Em meio a um cenário constituído por dimensões políticas, econômicas, tecnológicas, culturais e éticas que afetam os processos formativos, as universidades precisam reorientar seus processos de educação para que os profissionais possam agir não apenas com capacidade técnica, mas também, e principalmente, fundamentados na ética e na bioética em suas relações de trabalho.

Desta forma, para que haja uma reorientação das práticas de saúde e no perfil do egresso, é necessário direcionar práticas de ensino voltadas para a atenção integral, humanizada e resolutiva. O ponto chave para essa reorientação em todas as profissões de saúde é a sensibilização crítica e reflexiva dos discentes, formando profissionais mais responsáveis, com comprometimento social e prudência (Finkler; Caetano; Ramos, 2013). Assim, no que se refere à formação com mais responsabilidade, prudência e compromisso social dos profissionais observa-se que esses comportamentos estão relacionados à moral e à ética dos indivíduos (Ferreira, 2014).

Atualmente, observa-se no Brasil conflitos envolvendo dimensões ético-políticas em todos os âmbitos da sociedade, especialmente na área da saúde. A pluralidade de identidades culturais, costumes e valores que emergem das relações inerentes à prestação de cuidados em saúde faz com que os profissionais enfrentem conflitos éticos em sua atuação. Nesse sentido, a crise relacionada aos princípios éticos em muitas instituições e na sociedade em geral reflete-se nas condutas dos profissionais de saúde (Bordignon *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, a formação deontológica incorporada nas universidades ocupa um importante espaço no processo de ensino e aprendizagem, pois os conteúdos dos códigos normatizam e legalizam as atividades das profissões de saúde. Entretanto, frente aos conflitos existentes nas dimensões sociais e relacionais (entre membros da equipe e entre profissional e paciente), os códigos que regem as categorias profissionais mostram-se insuficientes para a formação completa. É importante o conhecimento da legislação e do código de ética, mas também é necessária a formação continuada desses profissionais, associada a um processo formativo que lhes ofereça base para um agir prudente e competente nas tomadas de decisão (Zoboli; Soares, 2012).

Tal fato se deve ao modelo cartesiano de educação, que foi incorporado primeiramente na formação em Medicina que se baseava nos preceitos do exercício legal com as disciplinas de Deontologia e Medicina Legal, estendendo-se a todas as áreas de formação em saúde. Contudo, nessa formação deontológica, não havia espaços de reflexão e discussão sobre conflitos morais e éticos enfrentados pelos discentes, tornando a formação deficitária. Esse cenário chamou a atenção de estudiosos da época para investigar essa questão (Siqueira, 2012).

Assim, diante de todo esse cenário da valorização e anseio por uma ética que proporcionasse soluções aos problemas oriundos da evolução biotecnológica e dos aspectos relacionais do cuidado em saúde, bem como fundamentada nos conceitos construídos por pesquisadores renomados, evidenciam-se as discussões sobre a Bioética no Brasil. A Bioética, nesse contexto, surgiu para gerenciar e/ou balizar os conflitos morais, tanto individuais quanto coletivos, que ocorriam (Motta; Vidal; Siqueira-Batista, 2012).

Destarte, a ética, enquanto componente curricular, enfatiza os valores éticos, as bases legais e se encarrega de orientar os futuros profissionais quanto à sua conduta na prática (Reis; Oliveira, 2012). Já o componente curricular de Bioética, em meio a uma sociedade tão plural, tem o objetivo de formar cidadãos competentes, com valores e princípios morais (Oliveira; Lima; Baluta, 2014).

Portanto, o processo formativo precisa englobar tanto os aspectos técnicos quanto as reflexões sobre os valores e condutas morais dos profissionais, principalmente da área da saúde. No que tange à responsabilidade das instituições formadoras de recursos humanos, destaca-se a necessidade de formar profissionais críticos e reflexivos, que identifiquem seus próprios valores e, principalmente, que compreendam seu papel social (Ferreira, 2013).

Revela-se, portanto, a relevância dos direcionamentos proporcionados pela Bioética na formação do profissional da área de saúde. Nesse sentido, diante da importância da Bioética, emergem dois desafios pedagógicos: o primeiro consiste em oferecer aos discentes os aspectos conceituais e os fundamentos da Bioética; o segundo refere-se aos momentos reflexivos proporcionados aos discentes acerca dos conflitos morais e éticos encontrados no processo de trabalho (Pessalacia *et al.*, 2011).

À vista disso, as universidades começaram a modificar a organização curricular no que se refere ao perfil dos profissionais que são formados. Contudo, destaca-se como um desafio formar profissionais com todas as habilidades necessárias para às demandas sociais. Nota-se, ainda, que a formação tradicional, baseada na mera transmissão de conhecimentos presentes em muitas universidades, não proporcionam aos discentes a capacidade de aprender a aprender e a conduzir os processos de trabalho com agilidade e resolutividade (Biscarde; Pereira-Santos; Silva, 2014).

Nesse contexto, emerge a necessidade de novas perspectivas para o ensino da ética e Bioética nos currículos. Faz-se necessário abordar a ética e a Bioética de maneira diferenciada, para que a formação profissional esteja pautada no protagonismo dos discentes no processo formativo, incentivando a reflexão e a autocrítica diante dos problemas bioéticos atuais (Andrade *et al.*, 2016; Santos; Carvalho, 2015).

Observa-se que a proposta do currículo integrado deve adequar-se ao perfil da região em que a instituição está inserida e promover o compromisso acadêmico dos atores sociais envolvidos na construção do currículo. Além disso, é necessário assegurar a interdisciplinaridade dos conteúdos na prática, de modo a integrar efetivamente as disciplinas e não perpetuar o modelo de disciplinas isoladas. Isso exige que o que está planejado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC) esteja em consonância com as práticas adotadas no cotidiano acadêmico.

Aponta-se que as reflexões acerca das propostas curriculares na enfermagem devem considerar uma lógica histórica-conceitual e filosófica, alinhada às novas necessidades da sociedade, para que o perfil do profissional atenda à realidade social, principalmente no que tange à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Salienta-se que, apesar do progresso e desenvolvimento de modelos curriculares voltados para as demandas advindas do crescimento da sociedade, esses avanços ainda não são suficientes, mesmo após a implementação das diretrizes para os cursos de enfermagem. Observa-se, ainda, uma formação predominantemente técnica e biologicista.

Ressalta-se também que questões políticas, econômicas e sociais influenciam diretamente na formação dos discentes. Além disso, a crise de valores éticos vivenciada no Brasil atualmente constitui uma barreira significativa para a concretização de uma formação satisfatória, capaz de formar enfermeiros críticos e capazes de coordenar seus processos de trabalho.

É válido ressaltar a busca das universidades por um currículo integrado para formação profissional. No entanto, os direcionamentos para essa adequação necessitam considerar as características da região onde a instituição está inserida, visando promover uma sensibilização dos atores sociais envolvidos, de modo que participem ativamente do processo de construção do currículo com uma perspectiva voltada para a realidade local.

Este estudo apresenta como limitação a impossibilidade de generalização dos resultados, uma vez que se trata de um estudo bibliográfico. Ademais, a escassez de material científico atual sobre essa temática também representa uma restrição. No entanto, destaca-se a importância de

conduzir novas pesquisas sobre a formação ética e a Bioética nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 12, p. 2234-49, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>. Acesso em: 10 out. 2022.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.

BORDIGNON, S. S. *et al.* Produção científica acerca do ensino da ética na enfermagem. *J Nurs Health*, v. 5, n. 1, p. 55-67, 2015. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v5i1.3712>. Acesso em: 22 set. 2022.

BRAID, L. M. C.; MACHADO, M. F. A. S.; ARANHA, A. C. State of the art of curriculum research relating to healthcare professional training courses: a survey on articles published between 2005 and 2011. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n. 42, p. 679-92, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300008>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção para Entender a Gestão do SUS, v. 9).

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. *Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890*. Cria o Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Rio de Janeiro, DF, 1890. (Coleção de Leis do Brasil, Fasc. IX, p. 2456).

BRASIL. Lei nº 5.540 de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1968.

BRASIL. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Seção 1, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação Profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, v. 6, n. 3, p. 503-17, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300006>. Acesso em: 20 fev. 2023.

DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (org). *O currículo integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade*. São Paulo: Hucitec, 2005.

- DELORS J. Os quatro pilares da educação. *In: Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI.* 10th ed. São Paulo: Cortez DF MEC/UNESCO, 2002.
- ESTIVALETE, E. B. *Currículo integrado: uma reflexão entre o legal e o real.* 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2014.
- FERNANDES, J. D. *et al.* Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*, v. 39, n. 4, p. 443-49, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000400011>. Acesso em: 25 fev. 2023.
- FERREIRA, R. G. S.; NASCIMENTO, J. L. Sustentação pedagógica e legislação do ensino aprendizagem: a formação em enfermagem no Brasil. *Revista SUSTINERE*, v. 5, n. 1, p. 54- 67, 2017. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2017.25551>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- FERREYRA, H. A. La educación: clave para el desarrollo humano. Una perspectiva desde la educación auténtica. *Análisis*, n. 82, p. 57-85, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=515551537003>. Acesso em: 22 fev. 2023.
- FEUERWERKER, L. C. M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 3, p. 21-6, 2003.
- FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 3033-42, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000028>. Acesso em: 26 fev. 2023.
- FOUCAULT, M. *Arqueologia do Saber.* 8. ed. Forence Universitária. 2012.
- FREIRE, P. *Educação Como Prática da Liberdade.* 34. ed. Editora: Paz e Terra, 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido.* 60. ed. Editora: Paz e Terra, 2016.
- GADOTTI, M. *Paulo Freire: uma bibliografia.* São Paulo: Cortez/Brasília, DF: UNESCO, 1996.
- GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da enfermagem. *In: GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. (org.). História da enfermagem: versões e interpretações.* Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- GESSER, V.; RANGHETTI, D. S. O currículo no ensino superior: princípios epistemológicos para um design contemporâneo. *Revista E-curriculum*, v. 7, n. 2, p. 1-23, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/6775/4902>. Acesso em: 23 abr. 2023.
- MARTINI, J. G.; MASSAROLI, A.; LAZZARI, D. D.; LUZ, J. Currículos de cursos de graduação em enfermagem: revisão integrativa de literatura. *Rev Fund Care Online*, v. 9, n. 1, p. 265-72, 2017. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.265-272>. Acesso em: 10 out. 2022.
- MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro.* Tradução: SILVA, C. E F. SAWAYA, J. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2000.

MOTTA, L. C. S.; VIDAL, S. V.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: afinal, o que é isto? *Rev Bras Clin Med.*, v. 10, n. 5, p. 431-9, 2012.

OLIVEIRA, M. C. M.; LIMA, T. L.; BALUTA, V. H. A formação do profissional enfermeiro, no contexto das reformas de ensino no Brasil. *Revista Grifos*, v. 36, n. 37, p. 161-86, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5729/572967127011.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

OPITZ, S. P. *et al.* O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 29, n. 2, p. 314-9, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/5598/3207>. Acesso em: 14 fev. 2023.

PACHECO, J. A. *Escritos Curriculares*. São Paulo: Cortez, 2005.

PERRENOUD, P. *Dez Novas Competências para Ensinar*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

PESSALACIA, J. D. R., OLIVEIRA, V. C.; RENNÓ, H. M. S.; GUIMARÃES, E. A. A. Perspectiva do ensino de Bioética na graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm.*, n. 24, v. 2, p. 392-8, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/N4JW8HGdxsZqLHHFLkHhZT9h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.

PINTO, I. C. M. *et al.* Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1525-34, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600002>. Acesso em: 10 abr. 2023.

REBOUÇAS, L. C. C. *Dez anos de diretrizes curriculares nacionais de enfermagem: avanços e perspectivas na Bahia*. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

REIS, A. M.; OLIVEIRA, C. C. Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa? *Rev Bras Enferm.*, v. 65, n. 4, p. 653-59, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400015>. Acesso em: 14 abr. 2023.

SANTOMÉ, J. *Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTOS, R. M. M. *Processo formativo em Bioética nos cursos de Enfermagem*. 2019. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2019.

SANTOS, S. M. P.; CARVALHO, E. M. P. Graduação em Enfermagem: uma análise do currículo da perspectiva de gênero. *Rev. Enferm. UFPE Online*, v. 9 n. (Supl. 4), p. 8079-87, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i4a10562p8079-8087-2015>. Acesso em: 15 out. 2022.

SILVA, K. L. *et al.* Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. *Esc. Anna Nery*, v. 16, n. 2, p. 380-87, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200024>. Acesso em: 10 abr. 2023.

SILVA, V. O.; SANTANA, P. M. M. A. Curriculum content and Brazilian Health System (SUS): analytical categories, gaps and challenges. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 19, n. 52, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0017>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SILVEIRA, C. A.; PAIVA, S. M. A. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. *Cienc Cuid Saúde*, v. 10, n. 1, p. 176-83, 2011. DOI: doi:10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.6967. Acesso em: 15 fev. 2023.

SIQUEIRA, J. E. Educação Bioética para profissionais da saúde. *Revista - Centro Universitário São Camilo*, v. 6, n. 1, p. 66-77, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a07>. Acesso em: 15 abr. 2023.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SIQUEIRA-BATISTA, Romulo. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1183-92, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400024>. Acesso em: 22 fev. 2023.

SOUZA, M. A. S. L. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (org.). *Seguridade social e saúde: tendências e desafios*. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. C. Capacitação em Bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. *Rev Esc Enfer USP*, v. 46, n. 5, p. 1248-53, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500029>. Acesso em: 14 abr. 2023.

Capítulo 4

Direitos autorais, conflitos de interesses e as retratações nas publicações científicas durante a pandemia de COVID-19

*Adriana Tedgue Ribeiro
Alciene Pereira Da Silva
Amanda Aparecida Silva Rios
Ana Karina Lima Alves Cerdeira
Márcia Maria Carneiro Oliveira
Darci de Oliveira Santa Rosa*

Efetivamente, com a criação dos primeiros periódicos no século XVI, como o *Journal des Savants* e o *Philosophical Transactions of the Royal Society*, muitos procedimentos relacionados à editoração científica foram transformados, especialmente com o advento da internet. O avanço da tecnologia e o aumento do volume de publicações têm demandado maior rigor na correção da literatura científica, sendo a retratação uma dessas possibilidades (Damásio; Amaral, 2020).

As preocupações com questões relacionadas à ética e à integridade da pesquisa começaram a ser amplamente discutidas no Brasil, sobretudo após as publicações do Código de Ética e Conduta Científica elaborado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, 2012) e do Relatório da Comissão de Integridade de Pesquisa do CNPq, também em 2011 (CNPq, 2012). Ambos documentos são considerados marcos nacionais nas discussões sobre ética na pesquisa e ciência no país, pois fomentam debates para conscientizar pesquisadores sobre a importância da integridade científica, além de subsidiar a elaboração de dispositivos legais e apoiar a formação acadêmica, fornecendo diretrizes para condutas adequadas na área.

Esse estudo orienta-se pela necessidade de evidenciar a pressão exercida sobre a comunidade acadêmica para publicações de trabalhos, que pode levar a infrações ético-legais. Busca-se também mensurar se os pesquisadores demonstram uma preocupação latente sobre o tema e utilizam a retratação como uma forma moral de correção.

Em meio aos avanços destacados, cumpre registrar que muitos pesquisadores relatam terem sofrido algum tipo de pressão do sistema acadêmico para publicações. Esse fato é frequentemente utilizado como uma espécie de justificativa para as ilicitudes ocorridas durante o processo, desviando o foco do essencial para a pesquisa científica: qualidade. Tal cenário constitui a principal motivação

deste estudo. Nada obstante, é importante lembrar que, ao publicar um trabalho, ele se torna acessível a toda a comunidade acadêmica, a qual pode levantar questionamentos em casos de obscuridades ou sinais de má conduta ética. Quando isso ocorre, os autores muitas vezes recorrem à retratação como forma de corrigir os desvios. Todavia, esse recurso pode acarretar danos à reputação acadêmica dos autores, assim como comprometer a credibilidade da editora responsável pela publicação.

Abordagens sobre essa temática são necessárias, demandando discussões e debates sobre a responsabilidade do pesquisador/cientista, bem como a responsabilidade coletiva no âmbito da pesquisa. Isso inclui a identificação, categorização e quantificação das ilicitudes mais recorrentes. É válido ressaltar que o objeto deste estudo — a retratação de artigos científicos — é de responsabilidade coletiva. Tal fato permite reflexões sobre os valores atribuídos atualmente ao trabalho científico, que orientam as decisões de muitos pesquisadores e cientistas, além de órgãos ligados à pesquisa e aos resultados que delas derivam (Russo, 2014). Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi listar e analisar, dentro de uma abordagem jurídica, as retratações de artigos ocorridas no período de 2021-2022, disponíveis no portal americano PubMed.

Trata-se de um estudo transversal de dados secundários, com recorte temporal entre 2018 e 2022, realizado em uma base pública de acesso gratuito em maio de 2022. A análise dos resultados foi estruturada de forma descritivo-reflexiva. A coleta de dados ocorreu na plataforma de busca PubMed, que inclui publicações da *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) e da *National Library of Medicine* (NLM). Na busca, foi utilizado o termo *retracted publication [pt]* aplicando os filtros: *Free full text*, *Meta-Analysis* e *Randomized Controlled Trial*. Foram incluídos todos os estudos encontrados e excluídos aqueles em que o periódico não apresentasse a justificativa para a retratação. Foram identificadas sessenta e nove publicações, posteriormente tabuladas em quadros organizados por ano e motivo da retratação, para análise à luz da Bioética.

Este estudo teve como objetivo listar e analisar, dentro de uma abordagem jurídica, as retratações de artigos no período de 2018 a 2022 no portal americano PubMed. Abaixo, No Quadro 1, apresenta-se a quantidade de artigos que retratados, explicitando os motivos das retratações:

Quadro 1 – Número de artigos retratados por motivos da retratação.

Principais motivos da retratação	Quantidade
Manipulação da revisão por pares	19
Conflito de autoria	17
Falsificação de dados	11
Má conduta de autoria	09
Submissão duplicada	06
Plágio/Autoplágio	05
Motivos técnicos	02
Total	69

Fonte: PubMed (2022).

O Quadro 2, quantifica o número anual de retratações realizadas na plataforma PubMed nos últimos cinco anos.

Quadro 2 – Número de artigos retratados por ano de publicação. PubMed 2018-2021.

Ano	Número de Retratações
2018	16
2019	23
2020	16
2021	14
Total	69

Fonte: PubMed (2022).

É possível observar uma queda na quantidade de retratações nos anos de 2020 e 2021, período em que eclodiu a pandemia da COVID-19 no mundo. A comunidade científica voltou-se a pesquisas nessa área com intuito de frear o vírus letal que vinha causando perdas de vidas humanas sem precedentes, desviando o olhar da comunidade para outras temáticas, o que pode ter contribuído para a redução na quantidade de retratações.

O Quadro 3, quantifica os artigos que foram retratados por método de pesquisa na plataforma PubMed nos últimos cinco anos:

Quadro 3 – Número de artigos retratados por método de pesquisa.

Métodos	Número de Retratações
Ensaio Clínico	31
Revisão com Meta análise	19
Revisão Sistemática	13
Estudo Randomizado	06
Total	69

Fonte: PubMed (2022).

Integridade ética, boa fé e moralidade em questão ao pesquisador

Inicialmente, evidenciou-se que, quando for obra de coautoria, a decisão da maioria prevalecerá, por não ser uma obra divisível. Caso um dos coautores venha a publicá-la ou autorizar a publicação sem consentimento dos demais, poderá responder por perdas e danos. Cumpre elucidar que o autor divergente, não contribuindo com as despesas de publicação, não poderá posteriormente questionar sobre os lucros; todavia, pode vedar que seu nome conste na obra. Além disso, o coautor pode registrar uma obra, ainda que os demais discordem, com o único intuito de defender seus direitos contra um terceiro alheio a esta relação.

O respeito, a justiça e a beneficência são princípios que formam a ética e permeiam a reflexão sobre a atitude e moralidade, além de apresentar normas, que servem de conduta incumbindo-se do bem-estar do indivíduo na sociedade (El-Guindy, 2004). Os termos moral e ética são muito utilizados no cotidiano e, por vezes, interpretados erroneamente. Ambas são palavras interligadas aos valores, com definições do “certo ou errado”. Vale ressaltar que a ética, tem uma relação direta com esses valores, além da responsabilidade e consciência, e a moral refere-se à maneira de viver do indivíduo, caracterizando seus hábitos e costumes. Assim, podemos definir que a moral determina como deve

ser o comportamento dos indivíduos, através de regras de condutas executadas por um grupo ou sociedade, já a ética fundamenta os princípios da moralidade (Alencar; Monteiro; Carvalho, 2021).

É importante assinalar que a demonstração sobre integridade é utilizada como delimitador da ética do cientista/pesquisador, cuja compreensão é traduzida como a totalidade dos deveres éticos aos quais os cientistas/pesquisadores se submetem na realização das suas atividades. Nesse contexto, podem derivar de valores éticos mais universais que os especificamente científicos. Isto posto, observa-se a composição da Bioética, ou seja, o respeito à integridade física, psicológica e moral dos seres humanos, derivados do valor e do intuito de não submeter animais a tratamento cruel (Santos, 2011).

Alguns casos sobre condutas éticas em pesquisa podem ser citados. Contudo um dos casos mais discutidos até o momento ocorreu no Congresso Internacional de Edição de Genomas Humanos em 2018, o qual permeou a condenação do geneticista chinês *He Jiankui* pelo relato de alteração de genes dos embriões de gêmeas, cujo objetivo era criar a resistência ao vírus da imunodeficiência humana para elas (RFI, 2018).

Outro conceito muito importante, amplamente discutido no Código Civil de 2002, e que permeia as questões de moralidade em nossa sociedade, é a atitude da boa-fé. Compreendida como um conceito ético de conduta, a boa-fé é adaptada às ideias de proceder com correção e dignidade, pautada nos princípios de honestidade, boa intenção e propósito de não prejudicar ninguém (Silvio, 2002). Observa-se claramente que a boa-fé está ancorada em padrões morais, éticos e legais, exigindo-se agir com honestidade, dada a confiança que é depositada no outro. Pode-se dizer que o ato de boa-fé é uma humanização do direito privado, individual para cada um.

Os princípios da boa-fé são discutidos em diferentes ordenamentos jurídicos e conceituados desde tempos primordiais. Existem duas definições principais: a boa-fé objetiva e subjetiva. Seus conceitos são tão distintos que é possível que um indivíduo aja de boa-fé subjetiva, mas em discordância com a boa-fé objetiva. A boa fé objetiva refere-se a um tipo de conduta social onde cada cidadão deve buscar ajustar seu comportamento visando o caminho da probidade e honestidade, sendo leal. Trata-se de uma norma regulamentadora de conduta que vincula o cidadão aos deveres no âmbito jurídico (Martins, 2020). Em relação à boa-fé subjetiva, esta diz respeito a um entendimento equivocado ou erro decorrente da ignorância, ou seja, desconhecimento. O sujeito acredita que está tomando uma decisão acertada juridicamente.

No Código de Processo Civil de 2015, artigo 80, incisos I a VII, define o que o legislador considera como litigância de má-fé, incluindo a alteração da verdade dos fatos e o uso do processo para alcançar objetivos ilegais, o que também é frequentemente discutido no mundo da pesquisa científica, especialmente em relação à ausência de verdade. Dessa forma, ao litigante de má-fé caberá sanção que preconiza o artigo 81, devendo pagar multa, indenizar a parte contrária pelos prejuízos sofridos, além de custear os honorários advocatícios e custas processuais.

Nos últimos anos, produtos intelectuais e científicos têm se tornado um importante motor da economia global, indicando que os valores atribuídos a essa produção científica vêm sofrendo significativas modificações (Russo, 2014). No Brasil, apesar de a qualidade das publicações não ter se mantido em alto patamar, as publicações científicas saltaram de 8 mil em 1998 para 17.500 em 2007, representando 4% da produção mundial e aproximadamente dois terços da produção científica na América Latina no período, segundo dados do relatório *Global Research Report* (Alencar; Monteiro; Carvalho, 2021).

Discussões sobre conduta ética, integridade, boa-fé e moralidade são de extrema importância e devem ser estimuladas no âmbito acadêmico, especialmente na formação do futuro profissional e pesquisador, abordando tópicos relacionados à conduta ética e integridade científica. Essas discussões devem permear todo o curso, independente da área de atuação, pois os comportamentos adotados nesse período já refletem na prática profissional, e o desconhecimento destes temas pode incorrer em crime.

Os cidadãos brasileiros geralmente não compreendem a dimensão do problema da má prática científica exercida no país. Isso ocorre devido à falta de estudos nos âmbitos escolar e acadêmico, além dos poucos registros sobre a temática. Contudo, é sabido que muitos pesquisadores e cientistas brasileiros identificam casos comprovados ou suspeitos de desonestidade científica (Azevedo, 2006).

Considerando que esse tipo de má conduta pode ter início desde a educação básica, como resultado da pressão por produtividade e resultados em detrimento da qualidade do ensino é importante ampliar a discussão, ressaltando que esse contexto favorece práticas repetitivas que podem levar a transgressões preocupantes (Alencar; Monteiro; Carvalho, 2021). A investigação científica significa aprender métodos e técnicas do exercício prático de princípios de honestidade em pesquisa científica (Azevedo, 2006), e a formação científica é considerada uma escola de moral para muitos pesquisadores.

Questiona-se se esse tipo de comportamento pode estar relacionado à falta de preparo, conhecimento, fiscalização, punição ou ignorância. O que se observa é que essas atitudes refletem no desempenho do estudante como profissional e pesquisador, independentemente da área de atuação. Por isso, a mudança de comportamentos de educandos, educadores e legisladores é essencial para compreender o problema de modo mais profundo, combater atitudes antiéticas e fraudulentas, sugerir ações de melhorias e estimular as boas condutas (Alencar; Monteiro; Carvalho, 2021).

Dos direitos autorais

Cumpra, inicialmente, declinar sobre a Constituição Federal/88, no seu art. 5º, incisos XXVII e XXVIII, os quais asseguram o direito de exclusividade sobre suas obras, garantindo a transmissibilidade aos herdeiros em linha sucessória:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: **XXVII** - aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar; **XXVIII** - são assegurados, nos termos da lei: a) a proteção às participações individuais em obras coletivas e à reprodução da imagem e voz humanas, inclusive nas atividades desportivas; b) o direito de fiscalização do aproveitamento econômico das obras que criarem ou de que participarem aos criadores, aos intérpretes e às respectivas representações sindicais e associativas (Brasil, 1988).

De acordo com o Código Civil de 2002, verifica-se que houveram mudanças significativas em comparação ao seu antecessor, com o legislador passando a se preocupar substancialmente com o indivíduo. Os direitos da personalidade são definidos, segundo Pamplona Filho (2017), como

os relativos aos atributos para além dos físicos, englobando os psíquicos e morais da pessoa, bem como a sua projecção social. Dessa forma, os direitos da personalidade são dotados de características particulares, dentro do direito privado. No que diz respeito às criações intelectuais, temos a autoria de cunho científico, onde se tutela a manifestação da liberdade de pensamento, salvaguardando duas classes de interesses: os morais (direito de personalidade) e os patrimoniais (desdobramentos econômicos diante um direito de propriedade).

A Lei nº 9.610/98 disciplina os direitos autorais, abrangendo a publicação, transmissão ou emissão, retransmissão, distribuição, comunicação ao público, reprodução, contrafação e a obra em suas várias formas (coautoria, anônima, pseudônima, inédita, póstuma, originária, derivada, coletiva e audiovisual), além de edição, produção, titularidade originária, entre outras etapas. O art. 7º estabelece que as obras intelectuais são protegidas, incluindo produções científicas, independentemente de registro em órgão público, o qual é facultado.

Resolve ainda, a supracitada Lei que ao autor cabe direitos morais, os quais são inalienáveis e irrenunciáveis, dispõe o art. 24 que:

Art. 24. São direitos morais do autor: **I** - o de reivindicar, a qualquer tempo, a autoria da obra; **II** - o de ter seu nome, pseudônimo ou sinal convencional indicado ou anunciado, como sendo o do autor, na utilização de sua obra; **III** - o de conservar a obra inédita; **IV** - o de assegurar a integridade da obra, opondo-se a quaisquer modificações ou à prática de atos que, de qualquer forma, possam prejudicá-la ou atingi-la, como autor, em sua reputação ou honra; **V** - o de modificar a obra, antes ou depois de utilizada; **VI** - o de retirar de circulação a obra ou de suspender qualquer forma de utilização já autorizada, quando a circulação ou utilização implicarem afronta à sua reputação e imagem; **VII** - o de ter acesso a exemplar único e raro da obra, quando se encontre legitimamente em poder de outrem, para o fim de, por meio de processo fotográfico ou assemelhado, ou audiovisual, preservar sua memória, de forma que cause o menor inconveniente possível a seu detentor, que, em todo caso, será indenizado de qualquer dano ou prejuízo que lhe seja causado. § 1º Por morte do autor, transmitem-se a seus sucessores os direitos a que se referem os incisos I a IV. § 2º Compete ao Estado a defesa da integridade e autoria da obra caída em domínio público. § 3º Nos casos dos incisos V e VI, ressalvam-se as prévias indenizações a terceiros, quando couberem (Brasil, 1998).

Nessa linha de entendimento a Lei n. 9.610/98, em seu Capítulo III, aborda os direitos patrimoniais, estipulando que cabe “ao autor o direito exclusivo de utilizar, fruir e dispor da obra literária, artística ou científica”. Qualquer uso da obra para outros fins, como uma edição, reprodução total ou parcial e distribuição, dentre outros requer autorização prévia e expressa, por escrito.

Números expressivos são observados no tangente à manipulação da revisão por pares, conflitos de autoria e falsificação de dados, o que representa um grave conflito ético e moral, visto que há intenção de obter vantagem indevida. Além disso, a falsificação de dados deve ser investigada também na esfera criminal, com sanções penais aplicáveis aos autores ou coautores.

Cabe destacar que, com o falecimento do autor, seus direitos patrimoniais serão assegurados por 70 anos, contados a partir de 1º de janeiro do ano subsequente ao seu falecimento, obedecendo à ordem sucessória que consta no Código Civil de 2002. Caso a obra seja indivisível, o prazo é contado a partir da morte do último dos coautores. Após o prazo de proteção, os direitos patrimoniais passarão a compor o domínio público, a menor que autor falecido não deixe sucessores ou a autoria seja desconhecido (ressalvada a proteção legal soa conhecimentos étnicos e tradicionais), ressalva a Lei n. 9.610/98.

Outrossim, é indubitável que aqueles que violam a lei devem enfrentar sanções nas esferas civil e criminal. A Lei n. 9.610/98, nos artigos 102 ao 110, discorre sobre as sanções civis. Em casos de obras fraudulentas, pode-se solicitar a apreensão dos exemplares ou suspender a divulgação. Quem editar uma obra sem a concordância do autor perderá os exemplares apreendidos e pagará o valor dos que forem vendidos. Se não for possível contabilizar quantos exemplares foram vendidos, caberá ao transgressor pagar o valor de três mil exemplares, além dos que forem apreendidos. Quem auxiliar a fraude, obtendo lucros para si ou para outros, responderá solidariamente pelo crime.

Nesse contexto, aquele que utilizar uma obra deve, obrigatoriamente, indicar ou anunciar o nome do autor, seu pseudônimo ou sinal convencional. Caso contrário, irá responder por danos morais e deverá se retratar publicamente, divulgando a verdadeira identidade do autor através dos meios de comunicação adequados, conforme a Lei n. 9.610/98. É importante ressaltar que não se deve apropriar de obras alheias.

Na esfera criminal, o Código Penal, alterado pela Lei nº 10.695 de 2003, dispõe em seu art. 184 que “violar direitos de ato e os que lhe são conexos” pode resultar em pena de detenção de três meses a um ano, ou aplicação de multa. Caso ocorra reprodução total ou parcial de obra intelectual com o intuito de lucro, sem quaisquer autorizações tácitas do autor, a pena de reclusão varia de dois a quatro anos, além da aplicação de multa.

Adicionalmente, aquele que distribui, vende, induz, adquire, oculta, ou faz depósito de obra intelectual, bem como aluga original ou cópia com violação de direitos autorais, sem a autorização expressa do autor ou daqueles que os representam também incorre em penalidades. O mesmo artigo destaca que, se a violação consiste em oferecer ao público, por qualquer sistema (cabo, fibra, satélite ou ondas), a possibilidade de selecionar, reproduzir e receber a obra, com o intuito de lucro e sem autorização do autor, a pena de reclusão é de dois a quatro anos, além de multa. Importante esclarecer que, quando a reprodução de obra intelectual é feita para uso privado do copista, sem intuito de lucro, não se aplica pena, conforme previsto na Lei nº 9.610 de 1998.

Conflitos de interesses em publicações científicas

O âmago de uma coautoria científica é a participação intelectual ativa de todos os autores, desde a concepção da ideia até a publicação da pesquisa. Trata-se de uma colaboração coletiva mútua, pautada na confiança entre os pesquisadores, que é a base para qualquer construção de cunho científico. Nesse contexto, recomenda-se que os pesquisadores sigam os manuais de boas práticas científicas, desde a elaboração da pesquisa até a atribuição da autoria (Hilário; Grácio; Guimarães, 2018).

Sublinha-se que, quando uma pesquisa científica possui uma origem duvidosa, impregnada de interesses secundários, sejam dos próprios pesquisadores, organizacionais ou dos investidores financeiros, surgem conflitos de interesse. A maioria desses conflitos giram em torno de razões financeiras, onde frequentemente um valor em dinheiro é oferecido para que a pesquisa seja desenvolvida ou que tenha seu resultado manipulado. No entanto, em alguns casos, o interesse pode ser apenas por um resultado específico, sem fins lucrativos (Faria, 2019).

Percebe-se no Quadro 1 que, diante de ambas as possibilidades, há um interesse privado que se sobrepõe ao coletivo, à moralidade, à boa-fé e, sobretudo, à ética. A fraude científica decorre

do comportamento corruptivo. Portanto, ao iniciar uma pesquisa, é crucial definir claramente os papéis do investigador e da entidade financiadora, a fim de evitar interferências ou pressões que modifiquem os procedimentos e metodologias científicas, tornando o resultado tendencioso e não fidedigno à realidade investigada (Faria, 2019).

No Quadro 3, observa-se que a maioria dos artigos retratados entre 2018 e 2021 são os ensaios clínicos, seguidos de revisões com meta-análise. Ao refletir sobre esse achado em discussão com os dados do Quadro 1, é possível inferir que a manipulação de revisão por pares é comum entre os ensaios e revisões com meta-análise, corroborando com as práticas antiéticas, imorais e contrárias às atitudes de boa-fé, priorizando a vantagem pessoal em detrimento do coletivo.

É importante ressaltar a fundamental relevância da revisão por pares no processo de avaliação e publicação de estudos, pois é considerada o mecanismo mais eficaz para o controle de qualidade na produção científica. Essa estratégia permite que o conteúdo das pesquisas seja avaliado por múltiplos indivíduos, permitindo a aceitação ou rejeição do manuscrito, além de solicitar revisões adicionais, se necessário, antes da publicação. Deniszczwicz e Kern (2016) concluem que a revisão é uma tentativa de minimizar as retratações, embora estas tenham se tornando comuns devido a conflitos de interesse.

Esse raciocínio destaca a necessidade de os autores não descreverem fatos inexistentes ou incluam documentos forjados na pesquisa. Devem evitar a representação errônea de dados reais ou a distorção de dados e evidências, referenciando tudo o que não for autoral e não omitindo ou incluindo erroneamente um autor. Aos revisores cabe a responsabilidade de garantir a veracidade em uma revisão com representação fidedigna dos fatos, justificando sempre que houver atraso e jamais recebendo de forma ilícita para que isso ocorra, além de não se apropriar de ideias de um texto ou manuscrito que se encontra sob sua revisão (Deniszczwicz; Kern, 2016).

É preciso, no entanto, advertir que a ética não regulamenta os problemas práticos e morais que os pesquisadores possam encontrar, mas serve como uma regra geral de conduta, impregnada de elementos reflexivos, para coibir erros e, assim, diminuir o número de retratações (Hilário; Grácio; Guimarães, 2018). Ademais, deve-se registrar que há interesses relacionados a viés hierárquicos, onde titulações acadêmicas conflitam, impondo uma ordem e estabelecendo o abuso de poder, tornando vulnerável aquele que possui menor título.

Nessa esteira evolutiva, esta pesquisa coletou os principais motivos de retratação que foram retirados das justificativas apresentadas nos periódicos. Analisou-se consoante a Bioética que rege a pesquisa e as suas respectivas publicações, balizando com os renomados pesquisadores que analisam as retratações éticas em pesquisa.

Diante de uma concepção tecnológica que pauta o mundo hodierno, com a ascensão da internet e a pressão da comunidade acadêmica para que os pesquisadores publiquem sem a observância da qualidade e ética, nota-se o aumento de más condutas nas produções científicas, no Brasil e no mundo (Suzigan; Garcia; Massaro, 2021). Neste sentido, vislumbra-se possibilidades de facilitar e detectar alguns comportamentos inadequados através do uso de *softwares*, os quais podem coibir este tipo de ação. Entretanto, sem o movimento de conscientização por parte dos pesquisadores e instituições, pode ser insuficiente. É preciso, sobretudo, conscientizar e disseminar as boas práticas em pesquisa pelo mundo, desde o início da vida acadêmica, enfatizando as regras, condutas e, sobretudo, as penalidades diante das infrações.

Absorvendo essa realidade histórica, principalmente, com o recente advento pandêmico da COVID-19, é indubitável as necessárias mudanças no sistema de ensino brasileiro. Adotar medidas assertivas para que as pesquisas sejam fidedignas aos seus objetivos e que durante seu processo, desde a concepção da ideia até a publicação, não ocorram atos ilícitos, garantindo assim a eticidade dos pesquisadores e a qualidade do conteúdo produzido.

Em virtude de tudo que fora exposto, não raro toma-se conhecimento que as retratações devem ser utilizadas em último caso. Para isso, faz-se necessária o rigor das revistas científicas quanto à seleção dos artigos e autores; a revisão por pares é de suma importância nesse sentido. São critérios que, se adotados, já visam minimizar e até coibir a falta de qualidade, além de garantir maior credibilidade no âmbito das pesquisas científicas.

Referências

- ALENCAR, G. P.; MONTEIRO, G. M.; CARVALHO, A. M. A. Reflexões sobre o plágio e a fraude em estudos brasileiros. *Revista Bioética*, Brasília, v. 29, n. 3, p. 641-647, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293499>. Acesso em: 7 maio 2022.
- AZEVEDO, E. S. Honestidade científica: outro desafio ao controle social da Ciência. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador: UFBA, v. 76, n. 1, p. 36-41, jan./jun. 2006.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 7 maio 2022.
- BRASIL. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Código de Processo Civil. Brasília, DF: Senado Federal, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 7 maio 2022.
- BRASIL. *Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015*. Código de Processo Civil. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, ano CLII, n. 51, p. 1-128, 17 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 7 maio 2022.
- BRASIL. *Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998*. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9610.htm. Acesso em: 7 maio 2022.
- CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq). *Relatório da Comissão de Integridade de Pesquisa do CNPq*. Brasília, DF: CNPq, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/composicao/comissao-de-integridade/relatorio-comissao--integridade-do-cnpq.pdf>. Acesso em: 1º maio 2022.
- DAMÁSIO, E.; AMARAL, J. C. Retratações Científicas no Brasil: um estudo com revistas SCIELO. In: MIRANDA, A. C. D.; DAMÁSIO, E.; FIRME, S. M. (org.). *Ciência aberta [recurso eletrônico]: visão e contribuição a partir dos periódicos científicos*. Rio Grande, RS: Editora da FURG, 2020. cap. 5, p. 67-77. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/8792>. Acesso em: 1º maio 2022.

DENISCZWICZ, M.; KERN, V. Fontes dos problemas na revisão por pares que levam à retratação de artigos divulgados no Retraction Watch. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (ENANCIB), 17., 2016, Salvador. *Anais [...]*. Salvador: UFBA: ANCIB, 2016. p. 3447-3466.

EL-GUINDY, M. *Metodologia e ética na pesquisa científica*. São Paulo: Santos, 2004.

FARIA, R. Ciência à medida: conflitos de interesse e interferência na investigação científica financiada. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, v. 36, p. 97-118, 2019. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/5317>. Acesso em: 2 maio 2022.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO (FAPESP). *Código de ética e conduta científica*. São Paulo: FAPESP, 2012. Disponível em: https://fapesp.br/boaspraticas/codigo_050911.pdf. Acesso em: 1º maio 2020.

HILÁRIO, C. M.; GRÁCIO, M. C. C.; GUIMARÃES, J. A. C. Aspectos éticos da coautoria em publicações científicas. *Em Questão*, v. 24, n. 2, p. 12-36, 2018. DOI: 10.19132/1808-5245242.12-36. Acesso em: 7 maio 2022.

MARTINS, D. J. O princípio da Boa-Fé: da sua Inserção no Direito Civil Brasileiro e a sua relação com os contratos. *Revista da ESMESC, Florianópolis*, v. 27, n. 33, p. 315-342. 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v27i33.p315>. Acesso em: 7 maio 2022.

RFI. *Cientista chinês que editou genes em embriões é criticado em congresso*. G1 Globo, 2018. Ciência e Saúde. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/11/29/hong-kong-congresso-condena-cientista-irresponsavel-que-editou-genes-em-embrioes.ghtml>. Acesso em: 7 maio 2022.

RUSSO, M. Ética e integridade na ciência: da responsabilidade do cientista à responsabilidade coletiva. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 28, n.80, p.189-198. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142014000100016>. Acesso em: 7 maio 2022.

SANTOS, L. H. L. *Sobre a integridade ética da pesquisa*. Boas práticas científicas. São Paulo: FAPESP, 2011. Carta. Disponível em: <https://fapesp.br/6566/sobre-a-integridade-etica-da-pesquisa>. Acesso em: 7 maio 2022.

SILVIO, R. *Direito Civil*. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

SUZIGAN, W.; GARCIA, R.; MASSARO, T. Boas práticas em pesquisa e a prevenção da má conduta acadêmica. *Revista Brasileira de Inovação*, v. 20, p. e021004, 2021. DOI: <https://doi.org/10.20396/rbi.v20i00.8664102>. Acesso em: 7 maio 2022.

Capítulo 5

Boas práticas em pesquisa clínica

*Ednalva Alves Heliodoro
Gabriela Nunes Azevedo
Érika Cássia de Matos Pereira
Jandrice Carrasco de Andrade
Darci de Oliveira Santa Rosa
Márcia Maria Carneiro Oliveira*

Os avanços decorrentes do desenvolvimento de tecnologias para a saúde motivaram a necessidade de reflexão sobre os limites da ciência, fomentando a definição de princípios e diretrizes éticas a serem incorporados às práticas de pesquisa envolvendo seres humanos.

A pesquisa clínica ocorre há muitos anos em diversos países, mas o fato de cumprir-se não significava ser regulamentada e orientada às boas práticas e condutas. Após a Segunda Guerra Mundial, frente às barbáries praticadas, fizeram-se necessárias definições de condutas de forma rígida visando assegurar o ser humano nas pesquisas como um ser de direito que é (Lousana, 2021).

Sendo assim, aproximar ciência e ética é um desafio, em especial no que tange à sensibilização ética. Porém, essa vinculação é essencial para garantir a proteção dos participantes da pesquisa, disseminar e fortalecer atitudes e valores que promovam os direitos humanos, a equidade e a responsabilidade entre as pessoas (Guilhem, 2008).

As pesquisas com seres humanos são imprescindíveis para o desenvolvimento da ciência, porém representam grandes desafios para a Bioética. Para tanto, existem diversas razões que contribuem para a realização de pesquisas, desde a escolha do objeto de estudo até a intervenção prática dos resultados (Bezerra *et al.*, 2022).

A Bioética é o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas das ciências da vida e da saúde, utilizando metodologias éticas em um contexto interdisciplinar (Zoboli, 2006).

Nessa perspectiva, a integridade constitui uma dimensão da ética em pesquisa que orienta as boas práticas científicas, fundamentadas em valores essenciais da ciência e da ética, tais como honestidade, transparência, respeito, imparcialidade, responsabilização e boa gestão da atividade científica (Ventura; Oliveira, 2022).

Para o exercício de uma boa prática de pesquisa é importante que pesquisadores atuem orientados e cobrados durante as diversas etapas do desenvolvimento de suas pesquisas, o que permitirá a construção de cientistas íntegros e estudos exitosos (Feijó, 2018).

Frente ao exposto, este estudo objetiva refletir sobre boas práticas em pesquisas clínicas à luz das normativas éticas.

Trata-se de um estudo descritivo baseado na reflexão a partir de fontes como livros, artigos e normativas éticas para a análise e interpretação na condução de pesquisas clínicas. Em complementaridade, foi considerada a percepção das autoras a respeito do assunto abordado.

O estudo foi desenvolvido por discentes de mestrado e doutorado no componente curricular de Ética e Bioética no cuidado, na pesquisa e na formação em saúde da Pós-graduação de uma universidade pública da Bahia, realizado entre março e junho de 2022.

O texto está organizado em duas partes, segundo os eixos de reflexão considerados: “Desvelando a pesquisa clínica” e “Normativas que norteiam a pesquisa clínica”.

Desvelando a pesquisa clínica

A pesquisa clínica, na busca e descoberta de novos medicamentos e/ou especialidades medicinais para intervenções em saúde, vem sendo utilizada como sinônimo de ensaio clínico cujo fim é melhorar a qualidade de vida da população. É conceituada como pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos (Brasil, 2012; Feijó, 2018).

Dentre as pesquisas envolvendo seres humanos, as pesquisas clínicas são as que necessitam de maior cuidado ético, devido à sua complexidade no que diz respeito à intervenção e avaliação dos participantes, podendo ser classificadas como terapêuticas (drogas) ou profiláticas (vacinas ou medidas de prevenção primária) (Cabral; Schindler; Abath, 2006).

Na literatura foram encontrados três casos norte-americanos de práticas abusivas que envolvem o controle social na experimentação com seres humanos e receberam destaque: I) em 1963, em um hospital judeu, três médicos injetaram células cancerosas vivas em pacientes idosos debilitados com o objetivo de mensurar a capacidade dos seus organismos rejeitarem células estranhas, sem seu consentimento ou dos familiares; II) nos anos de 1950 a 1970, cientistas injetaram hepatite viral em crianças com deficiência mental, com a finalidade de estudar a infectividade do vírus e a fisiopatologia da enfermidade; III) de 1940 a 1972, quatrocentos negros portadores de sífilis foram negligenciados sem qualquer tratamento, visando estabelecer a história natural da sífilis, vindo a ser descoberto em 1972 (Sugarman *et al.*, 2004).

Sabe-se que nessa época, pessoas eram submetidas a práticas abusivas como assassinatos, torturas e outros atos indignos oriundos de injustiças sociais e em decorrência do progresso da ciência como “cobaias humanas”. Elas expressaram o consentimento em prol do tratamento da doença, porém desconheciam a real intenção dos experimentos, deixando-as em vulnerabilidade. Para tanto, foram criadas medidas para controle ético sobre os desvios oriundos da experimentação humana.

A ética estabelece diretrizes e princípios para a orientação da conduta humana, para que essa seja compatível com o aperfeiçoamento pessoal e o bem comum da humanidade (Cabral;

Schindler; Abath, 2006). Essas diretrizes/orientações são essenciais para mudança de ideias, hábitos e comportamentos profissionais. Dessa forma, os pesquisadores devem sempre adotar, em suas ações, princípios balizadores que fundamentam uma prática justa e responsável, a saber:

O princípio da *autonomia* entende-se como a capacidade do indivíduo de tomar decisões em relação à sua condição, na liberdade da vontade, privacidade e escolha individual para decidir a que procedimentos está disposto a se submeter. Na situação de pessoas sem autonomia, estas devem ser protegidas. O princípio da *não maleficência* expressa-se na garantia de que danos previsíveis serão evitados. O princípio da *beneficência* é mencionado como maneira de maximizar o bem ao outro, garantindo o seu bem-estar. E o princípio da *justiça* revela-se na exigência de equidade, um tratamento justo e apropriado, de maneira diversa na medida de suas desigualdades (Zoboli, 2006; Rocha; Benedetti, 2009).

Nas pesquisas com pessoas, o princípio da *totalidade terapêutica* refere-se à implementação apenas de medidas terapêuticas úteis, entendidas nessa circunstância como necessárias. Nesse contexto, o princípio da *precaução* ou *prudência* expressa-se na garantia contra os riscos potenciais durante a implementação das inovações tecnocientíficas. Deve ser considerado também o princípio do *duplo efeito* ao buscar-se o efeito positivo de uma intervenção de pesquisa reconhecendo a possibilidade de efeitos negativos, assim como diante de um outro princípio que é o da *integridade* da pessoa quando o pesquisador deve preservar a unidade do ser humano em sua totalidade (Lacey, 2019).

Normativas que norteiam a pesquisa clínica

Na condução de uma pesquisa clínica, em que o participante da pesquisa é o ser humano, a pessoa em sua individualidade, personalidade e integridade, os pesquisadores devem estar atentos a todos os conceitos e regulamentações éticas mencionadas a seguir.

Depois da Segunda Guerra Mundial e diante dos excessos ocorridos nas práticas de pesquisas clínicas, emergiram necessidades de controle das ciências sobre os procedimentos científicos desenfiados para o resgate da consideração da vida.

Um importante marco da regulamentação da pesquisa clínica que buscou limitar a atuação da ciência diante das intervenções científicas não consentidas ocorreu em 1947 com a publicação do Código de Nuremberg, formado por dez princípios. Este tinha como missão corrigir os crimes contra as vítimas do Holocausto. O grande marco do referido código foi a regulamentação do consentimento informado como pré-requisito para qualquer pesquisa, fornecido apenas por pessoas com capacidade legal, protegendo aqueles em vulnerabilidade, após seu devido esclarecimento sobre os objetivos, possíveis riscos e benefícios do projeto (Agostinho, 2014).

Na sequência, foi publicada a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas em 1948. Seu objetivo era preservar a liberdade e a dignidade do ser humano. Esta declaração foi muito criticada devido ao quantitativo de artigos (30). Por outro lado, ela tornou-se fundamento na construção de inúmeras Constituições de países democratas e, devido à sua importância, ela foi traduzida em mais de 500 idiomas. Prima pelos direitos dos seres humanos, entre eles: o direito à vida, à integridade física, à livre expressão e à associação, sem qualquer distinção de raça, cor, sexo, religião ou visão política (Lousana, 2021).

Durante a 18ª Assembleia Médica Mundial em Helsinque, em 1964, foi criada a Declaração de Helsinque. Tem-se uma grande referência a partir do Código de Nuremberg e regulamenta a

pesquisa em vários países. É importante levar em consideração que, diferentemente da Declaração de Nuremberg, que visava resolver o passado, a de Helsinque busca minimizar erros futuros. Nesse processo, foi regulamentada a obrigatoriedade de aprovação antecipada de qualquer projeto de pesquisa com seres humanos por um comitê de ética em pesquisa. Desde sua escrita inicial, a referida declaração passou por várias revisões em assembleias diversas em vários países. No Brasil, ela teve destaque durante a 7ª Assembleia Médica em 2013 na cidade de Fortaleza (Correia; Diniz, 2001).

O relatório de Belmont (1974), criado pelo Congresso Americano, trouxe como contribuição evidenciar os princípios de ética, o respeito à pessoa, a beneficência e a justiça que devem fundamentar a condução da pesquisa biomédica e comportamental. O objetivo deste relatório é fomentar uma análise diante do desenvolvimento de procedimentos e pesquisas que garantam o respaldo de tais princípios (Aquiles, 2007; Agostinho, 2014).

No ano de 1988, foram publicadas no Brasil as diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos como forma de guiar uma boa prática na pesquisa clínica, por meio da Resolução nº 01/88. Esta resolução foi fundamentada nos principais documentos internacionais, nas disposições da Constituição da República Federativa do Brasil, com vistas a normatizar a pesquisa na área de saúde, incorporando os aspectos éticos das pesquisas com questões e aspectos de biossegurança e de vigilância sanitária (Brasil, 1988).

Em seguida, outras resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde foram publicadas: nº 251/97 (contempla normas para a área de novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos); nº 292/99 (referente às normas para protocolos com cooperação estrangeira); nº 303/00 (considera normas para a área de reprodução humana); nº 304/00 (descreve as normas para a área de pesquisas em povos indígenas); nº 340/04 (aprova diretrizes para pesquisas na área de genética humana); nº 347/05 (aprova diretrizes para pesquisas que envolvem armazenamento de materiais) (Cabral; Schindler; Abath, 2006).

No ano de 1996, foi criado o sistema dos Comitês de Ética e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com a finalidade de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade. Isso ocorreu com a publicação da Resolução nº 196/96, marco significativo da busca pela eticidade na pesquisa envolvendo seres humanos dentro dos padrões éticos (Brasil, 1996).

Assim, no período compreendido entre 1996 e 2012, as pesquisas que envolviam seres humanos deveriam atender à Resolução nº 196/96. Esta Resolução foi revogada pela nº 466 de 2012, que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras atualizadas. A resolução nº 466/2012 é pautada nos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, com objetivo de assegurar ao participante da pesquisa, à comunidade científica e o Estado todos os seus direitos e deveres (Brasil, 2012).

Quatro anos após, foi criada e publicada a Resolução nº 510 de 2016, que “dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam a utilização de dados obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores” (Brasil, 2016).

Como a maioria das pesquisas clínicas são realizadas no contexto do Sistema Único de Saúde emergiu a necessidade de uma nova resolução. No ano de 2018, foi publicada a Resolução nº 580/2018, que teve como base para sua elaboração os princípios de promoção, proteção e recuperação da saúde visando atender aos princípios éticos de forma igualitária com equidade e universalidade.

Considerando que é um requisito ético que os resultados das pesquisas clínicas sejam explanados com responsabilidade, esta Resolução veio para aprimorar, durante a prática da pesquisa clínica a integridade do pesquisador, o bem-estar dos participantes e, ao mesmo tempo aprofundar questões de atividades de pesquisa em serviços de saúde (Brasil, 2018).

Frente os princípios éticos voltados à pesquisa na área da saúde e às discussões e constatações diante da necessidade de assegurar a benevolência nas pesquisas clínicas, princípio este entendido como beneficência, fez-se necessário o conhecimento por parte dos pesquisadores de todo o caminho percorrido pela construção da regulamentação da pesquisa clínica e uma prática fundamentada em princípios e valores guiada por normativas que garantam a integridade da ciência.

Considera-se satisfatória a realização deste estudo, por tornar possível refletir sobre a pesquisa clínica a partir da inter-relação entre os aspectos histórico-conceituais e as normativas vigentes, a fim de guiar uma prática de pesquisa com vistas à integridade científica.

Ao refletir, percebemos que na academia há uma preocupação marcante com as boas práticas em pesquisa, especialmente nos programas de pós-graduação, onde se formam pesquisadores.

Espera-se que o conhecimento produzido com este estudo possa contribuir para suscitar novas discussões sobre o tema, visto que poucos trabalhos foram encontrados com abordagem semelhante. Tais discussões se fazem pertinentes para o referencial em pesquisas envolvendo seres humanos.

Referências

AGOSTINHO, J. L. Bioética uma Breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979). *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 24, n. 2, 2014.

AQUILES, N. Von Z. As investigações científicas e a experimentação humana: aspectos bioéticos. *Bioetikos. Centro universitário São Camilo*, v. 1, n. 1, p. 12-23, 2007.

BEZERRA, G. C. I. *et al.* Pesquisas em seres humanos e seus aspectos éticos: revisão integrativa. *Revista Bioética CREMEGO*, v. 4, n. 1, p. 29-34, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 01, de 13 de junho de 1988. Dispõe sobre a aprovação das normas de pesquisa em saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis e pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2016.

- BRASIL. Resolução nº 580 de 22 de março de 2018. Dispõe sobre resolução complementar tratando das especificidades de interesse estratégicos para o SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2018.
- CABRAL, M. M. L.; SCHINDLER, H. C.; ABATH, F. G. C. Regulamentações, conflitos e ética da pesquisa médica em países em desenvolvimento. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 521-527, 2006.
- CORREIA, M.; DINIZ, D. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 3, 2001.
- FEIJÓ, A. G. S. *et al.* Pesquisa clínica sob a ótica da integridade. *Revista Bioética*, v. 26, p. 172-182, 2018.
- GUILHEM, D. Ética em pesquisa: avanços e desafios. *Rev. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde*, v. 2, Sup.1, p. 91-97, 2008.
- LACEY, H. Adoção de medidas de precaução diante dos riscos no uso das inovações tecnocientíficas. *Estudos Avançados*, v. 33, p. 245-258, 2019.
- LOUSANA, G. Pesquisa clínica abrangência, regulamentação e processos. *Manual Invitare*, São Paulo: Invitare Pesquisa Clínica, 2021.
- ROCHA, J. C. S.; BENEDETTI, T. R. B. Ética na pesquisa em Educação Física. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.*, v. 11, n. 3, p. 358-362, 2009.
- SUGARMAN, J. *et al.* A Reference in Research Ethics Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Research: Readings and Commentary. *IRB: Ethics & Human Research*, v. 26, n. 4, 2004.
- VENTURA, M.; OLIVEIRA, S. C. Integridade e ética na pesquisa e na publicação científica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, p. e00283521, 2022.
- ZOBOLI, E. L. C. P. *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Barueri: Manole, 2006.

Capítulo 6

Contribuições dos Comitês de Ética em Pesquisa na regulação de pesquisas que envolvem seres humanos

Rosinete Souza Barata
Karla Ferraz dos Anjos
Darci de Oliveira Santa Rosa
Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
Carolina Mello Teixeira Pitzer
Ricardo Henrique Gonçalves de Moura

Como forma de implementar orientações éticas nas pesquisas envolvendo seres humanos, o Código de Nuremberg é referenciado como o pioneiro nesse sentido (De Lima *et al.*, 2021). Elaborado em um momento histórico no qual atrocidades foram cometidas contra a humanidade, este código estabeleceu parâmetros para as pesquisas médicas envolvendo seres humanos na tentativa de se evitar repetição dessas situações. A autonomia neste código é destacada ao definir o consentimento do participante como crucial para participação na pesquisa (Brasil, 2002).

Todavia, mesmo após a elaboração desse documento, situações de desrespeito aos direitos humanos ocorreram. Um exemplo disso é a pesquisa desenvolvida na segunda metade do século XX, em Tuskegee, no Alabama (Estados Unidos da América), que visou estudar a história natural da sífilis. Mesmo após a descoberta da cura dessa doença, essas pessoas continuaram sem receber o tratamento (CDC, 2022). Apesar de ocorrências como essa, o Código de Nuremberg foi fundamental para a elaboração de outras diretrizes também com o propósito de assegurar o bem-estar dos participantes da pesquisa, a exemplo da Declaração de Helsinque, em 1964 (Rates; Costa; Pessalacia, 2014). Na primeira revisão dessa declaração, em 1975, foi inserida a exigência de que todo projeto de pesquisa que envolva seres humanos seja apreciado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) independente (Jacome; Araújo; Garrafa, 2017).

Desse modo, o controle social das pesquisas envolvendo seres humanos é relevante para garantir que estas sejam realizadas conforme os princípios éticos, bioéticos, morais e fundamentos científicos adequados, conforme preconiza a Resolução N° 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Amorim, 2019). Esse controle, no território brasileiro, em consoância com a Lei N° 14.874, de 28 de maio de 2024, é realizado pelos CEPs e por uma instância nacional. A despeito dos entraves, críticas e problemas enfrentados para cumprimento de suas atribuições (Barbosa;

Boery, 2010; De Lima *et al.*, 2021; Barata *et al.*, 2022a), os CEPs exercem papel fundamental no desenvolvimento de pesquisas, desde a elaboração do projeto até a fase de publicação do relatório final. Com funções educativa, consultiva e deliberativa, esses comitês têm por finalidade primordial a proteção dos interesses dos participantes da pesquisa e, de modo indireto, os interesses dos pesquisadores (Brasil, 2012).

Assim, justifica-se este estudo por ser relevante compreender as contribuições dos CEPs como órgãos de controle social dessas pesquisas. Essas contribuições envolvem garantir que aspectos éticos/bioéticos, como o respeito à dignidade, à autonomia, aos valores culturais, e fundamentos científicos-metodológicos sejam considerados por todo pesquisador/cientista ao desenvolver pesquisas que envolvam seres humanos. Aliado a isso, desenvolver pesquisa nessa temática pode ser útil para subsidiar políticas públicas voltadas a estimular e financiar as práticas realizadas por estes comitês, com o fim de desenvolverem suas atividades com qualidade e eficiência. Também pode possibilitar reflexão de acadêmicos e pesquisadores para que desenvolvam suas pesquisas de forma responsável e em consideração aos direitos dos participantes da pesquisa, independente da circunstância da realização do estudo.

Neste estudo foram respeitados os aspectos éticos pertinentes, sem submissão a um CEP, por se tratar de reflexão a partir da literatura disponível.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo refletir sobre as contribuições dos CEPs brasileiros no contexto de pesquisas envolvendo seres humanos.

Contribuições dos CEPs na regulação de pesquisas envolvendo seres humanos

Por muito tempo, cabia ao cientista a responsabilidade de garantir a eticidade de sua própria pesquisa. Desse modo, bastava ter a intenção de fazer o bem, ser íntegro, ter caráter e ter rigor científico para que essa eticidade fosse garantida (Palácios; Rego; Schramm, 2001; Araújo, 2003). Assim, de acordo com este raciocínio, as pesquisas envolvendo seres humanos eram desenvolvidas pelo cientista como bem entendia, já que cabia a ele esse “controle”, uma vez que não havia normativas para este fim. Essa situação somente foi alterada a partir da elaboração do Código de Nuremberg, em 1947, que passou a ser reconhecido como um marco na elaboração de diretrizes específicas para desenvolvimento dessas pesquisas (Brasil, 2002). Esse código inaugurou a exigência do consentimento informado para a participação da pessoa em estudos científicos, em consideração aos interesses do participante da pesquisa e sua autonomia para tomada de decisões (Jadoski, *et al.*, 2017).

Depois dele, outras diretrizes foram elaboradas com o propósito de assegurar o bem-estar e direitos dos participantes da pesquisa, como a Declaração de Helsinque, em 1964 (Rates; Costa; Pessalacia, 2014). Em 1975, na primeira revisão dessa declaração, incluiu-se a obrigatoriedade de submissão à análise prévia de um comitê de ética para toda pesquisa que envolva seres humanos (Jacome; Araújo; Garrafa, 2017; Amorim, 2019).

No Brasil, o controle social dessas pesquisas era realizado pelos CEPs e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), órgão nacional de controle de pesquisas envolvendo seres humanos, os quais juntos formavam o Sistema CEP/CONEP. Esse sistema era considerado, no âmbito do CNS, instância brasileira de controle social desse tipo de pesquisa. Ao apreciar e deliberar sobre o protocolo, iniciava-se a corresponsabilidade desse sistema em relação à garantia

da proteção dos participantes da pesquisa (Brasil, 2012). Contudo, com a instituição do “ Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos” pela Lei N° 14.874, de 28 de maio de 2024, as pesquisas clínicas antes analisadas pela CONEP agora são apreciadas pelo Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Esse novo sistema é composto pelos CEPs e uma instância nacional (Brasil, 2024).

Para exercer as atividades de regulação das pesquisas que envolvem seres humanos e assegurar a proteção dos participantes da pesquisa, os CEPs devem ter suas decisões tomadas de forma independente e sem ingerência de superiores hierárquicos (Brasil, 2012). No entanto, não é incomum que os membros destes comitês enfrentem problemas no exercício de suas atividades, como assédio de pesquisadores para exigir agilidade na resolução de pendências no processo, quando o correto é via Plataforma Brasil e/ou questionar o porquê da não aprovação de projeto de pesquisa (Barata *et al.*, 2022a; Barata *et al.*, 2022b). Aliado a isso, há entraves que dificultam e/ou retardam o andamento de suas atribuições, como o quantitativo insuficiente de recursos humanos e infraestrutura inadequada (Barbosa; Boery, 2010).

Por outro lado, os CEPs são criticados quanto à assimetria nas apreciações dos protocolos de pesquisas por possível orientação biomédica e despreparo de seus membros em relação às peculiaridades metodológicas e epistemológicas das distintas áreas do conhecimento (De Lima *et al.*, 2021). A este respeito, a CONEP orienta que, para contemplar a multidisciplinariedade e/ou a interdisciplinariedade de saberes e favorecer uma apreciação coerente e adequada dos protocolos, cada CEP deve ser constituído sob a forma de colegiado, com um mínimo de sete pessoas. Além da participação de membros funcionários da instituição onde foi implantado, deve ser incluído o representante dos usuários e pessoas de outras instituições e de áreas distintas do conhecimento. Estudiosos da Bioética poderão ser convidados como membros efetivos e, em situações específicas, pode-se solicitar subsídio técnico de membro *ad hoc*, inclusive para suprir tal despreparo em relação às especificidades de cada protocolo (Brasil, 2007). Dessa maneira, essa composição equilibrada estimula a aprendizagem dos membros e possibilita a inserção deles ao estudo das diferentes temáticas dos protocolos de pesquisa submetidos para apreciação, e evita-se o predomínio de categorias profissionais (Jacome; Araújo; Garrafa, 2017; Barbosa; Francisco; Martinez, 2018; Barata *et al.*, 2021).

Não obstante as críticas, os entraves e problemas enfrentados, os CEPs são reconhecidos como órgãos de relevância pública, que analisam os aspectos éticos e científicos dos protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, com o propósito de proteger a dignidade e defender os interesses e direitos dos participantes da pesquisa (Brasil, 2012). Essa proteção se mostra significativa, em especial quando se trata, entre outros aspectos, de participantes vulneráveis do ponto de vista socioeconômico, cultural, psicológico e de saúde. Cabe também a cada CEP buscar formas de sensibilizar os pesquisadores sobre a importância de se respeitar a dignidade da pessoa humana, a partir do reconhecimento das vulnerabilidades, e do respeito aos direitos humanos como um todo e, desse modo, evitar atentados contra a integridade física, psicológica, moral e cultural do participante de pesquisa (Barbosa; Boery; Gomes Filho, 2012).

Além disso, por meio da apreciação dos protocolos, associada à revisão ética, análise científica e metodológica específica ao tipo do estudo, o CEP contribui para a qualidade das pesquisas e discussão da função social que elas exercem nas instituições onde são desenvolvidas e para a comunidade em geral. Por via oblíqua, valoriza e defende os interesses do pesquisador ao mesmo tempo, pois uma

vez aprovado, há validação dos protocolos como uma proposta adequada do ponto de vista ético (Brasil, 2007). Por essa razão, para garantir essa proteção e defesa, os membros dos CEPs utilizam uma gama de fundamentos para tomada de decisão ao apreciarem projetos, como: normativas da CONEP; legislação; documentos internacionais; códigos de ética profissionais; Bioética; valores e princípios éticos e bioéticos; fundamentos e princípios adotados pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Barata *et al.*, 2022b). Se aprovado o PL N^o. 330/2022, que dispõe sobre o crime de má conduta científica, será acrescido ao Código Penal mais um artigo, que, além de punir com pena de reclusão e multa os atentados contra a integridade científica, busca assegurar a proteção dos direitos dos participantes da pesquisa (Brasil, 2022).

Em adição, os CEPs desempenham outras funções, como: educativa, consultiva e deliberativa. Essas funções ocorrem, entre outras formas, nas atividades de treinamento inicial e formação continuada de seus membros; atividades educativas para pesquisadores e comunidade acadêmica, ao emitir parecer e na realização de seminários; consulta a estes comitês, ou por meio de suas respectivas páginas eletrônicas (Brasil, 2007); distribuição dos protocolos, nas discussões entre membros durante análise dos projetos de pesquisa, na emissão de pareceres, respectivamente.

Compete a cada CEP receber denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos, ou de irregularidades, nas pesquisas envolvendo seres humanos, capazes de alterar o curso da pesquisa. Após avaliação de tais denúncias, o comitê irá decidir pela continuidade, modificação e mesmo pela suspensão do estudo, sem invalidar que outros órgãos sejam envolvidos na resolução da situação, por exemplo, o Ministério Público (Brasil, 2012).

Diante disso, acredita-se que os CEPs são órgãos essenciais na regulação das pesquisas que envolvem seres humanos. Para isto ocorrer, desempenham distintas funções, todas elas relevantes para a defesa e proteção dos direitos e interesses dos participantes da pesquisa e, de modo indireto, dos direitos e interesses dos pesquisadores.

Constatou-se que os CEPs são órgãos essenciais no desenvolvimento das pesquisas envolvendo seres humanos. Ao apreciar os protocolos dessas pesquisas e verificar se estão conforme os aspectos éticos, científicos e metodológicos, estes órgãos contribuem para que a dignidade e os direitos humanos dos participantes sejam respeitados e garantem que a ciência seja desenvolvida, tendo em vista alcançar o fim socio-humanitário. Assim, entre as distintas funções exercidas pelos CEPs, a ênfase da contribuição, volta-se sempre à defesa e à proteção dos interesses e direitos dos participantes das pesquisas e, de forma indireta, dos pesquisadores.

Há marcos importantes quanto à regulação das pesquisas envolvendo seres humanos, contudo, sem prescindir do controle social realizado pelos CEPs. O estudo pode contribuir para reflexão sobre a relevância do controle social feito por estes Comitês e a importância da realização de pesquisas conforme o respeito aos direitos e interesses dos participantes da pesquisa.

Referências

- AMORIM, K. P. C. Research ethics in the Brazilian CEP-CONEP system: necessary reflections. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1033-1040, mar. 2019.
DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-86502007000500015>. Acesso em: 10 out. 2022.

ARAÚJO, L. Z. S. Aspectos éticos da pesquisa científica. *Pesqui. Odontol. Bras.* São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 57-63, maio 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-74912003000500009>. Acesso em: 10 out. 2022.

BARATA, R. S. *et al.* Caracterização de membros de Comitês de Ética em Pesquisa de uma capital do Nordeste brasileiro. *Enferm Foco*, v. 12, n. 4, p. 794-800, 2021. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4620. Acesso em: 10 out. 2022.

BARATA, R. S. *et al.* Problemas morais e/ou éticos em comitês de ética em pesquisa. *Rev. Bioét.*, v. 30, n. 1, jun./abr. 2022a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301514PT>. Acesso em: 10 out. 2022.

BARATA, R. S. *et al.* Fundamentos para resolução de problemas morais e/ou éticos nos Comitês de Ética em Pesquisa. *Enferm Foco*, v. 13, n. e-202211, 2022b. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202211>. Acesso em: 10 out. 2022.

BARBOSA, A. S.; BOERY, R. N. S. O. Entraves e potencialidades do funcionamento de Comitês de Ética em pesquisa (CEPs). *Revista Latinoamericana de Bioética*, Bogotá, v. 10, n. 2, p. 88-99, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022010000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2022.

BARBOSA, A. S.; BOERY, R. N. S. O.; GOMES FILHO, D. L. Caracterização dos integrantes de comitês de pesquisa. *Revista Bioética*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 164-174, 2012. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/722. Acesso em: 10 out. 2022.

BARBOSA, I. P. R.; FRANCISCO, F. R.; MARTINEZ, L. L. Perfil dos Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil: uma análise do sistema de regulação ética da pesquisa clínica, pontos estratégicos e desafios. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 145-149, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2018.63.3.145>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_ceps.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa*. 4. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Operacional_miolo.pdf. Acesso em: 10 out. 2022. Acesso em: 01 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. *Lei Nº 14.874, de 28 de maio de 2024*. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/114874.htm. Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. Senado Federal. *Projeto de Lei N° 330, DE 2022*. Altera o Decreto-Lei n° 2848 (Código Penal Brasileiro), de 07 de dezembro de 1940, para dispor sobre o crime de má conduta científica. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/151862>. Acesso em: 10 out. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *The Tuskegee Timeline*. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm>. Acesso em: 10 out. 2022.

DE LIMA, D. F. et al. A ética e o controle social em pesquisa científica no Brasil. *Revista Colombiana de Bioética*, Bogotá, D. C., v. 16, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i1.3039>. Acesso em: 10 out. 2022.

JACOME, M. Q. D.; ARAÚJO, T. C. C. F.; GARRAFA, V. Comitês de ética em pesquisa no Brasil: estudo com coordenadores. *Rev. Bioét.*, v. 25, n. 1, p. 61-71, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n1/1983-8042-bioet-25-01-0061.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

JADOSKI, R. et al. O consentimento livre e esclarecido: do Código de Nuremberg às normas brasileiras vigentes. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*, v. 29, n. 2, p. 116-126, 2017. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/vittalle/article/view/7080>. Acesso em: 10 out. 2022.

PALÁCIOS, M.; REGO, S.; SCHRAMM, F. R. A eticidade da pesquisa em seres humanos. Rio de Janeiro: ENSP, 2001. Disponível: <http://www4.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Eticidade.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

RATES, C. M. P.; COSTA, M. R.; PESSALACIA, J. D. R. Caracterização de riscos em protocolos submetidos a um comitê de ética em pesquisa: análise Bioética. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 493-499, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2022.

Capítulo 7

Sensibilidade moral dos enfermeiros e fatores associados na Atenção Primária à Saúde

Carlise Rigon Dalla Nora

A literatura refere que os problemas éticos que ocorrem na Atenção Primária à Saúde (APS) são sutis e de difícil identificação, pois são problemas que podem ocorrer em situações comuns da prática cotidiana. Isso contribui para incrementar a complexidade dos aspectos éticos que envolvem a enfermagem na APS (Laabs, 2007). Problemas éticos são os desafios, fontes de conflito de valores e deveres com vários cursos de ação para solução (Nora; Vieira; Zoboli, 2015).

Para atuar na Atenção Primária à Saúde, os enfermeiros, além de redirecionar sua prática clínica, têm que redimensionar sua sensibilidade para a compreensão, percepção e ponderação das situações eticamente significativas ou problemáticas (Zoboli, 2007). A capacidade de perceber os problemas éticos presentes na prática dos enfermeiros denomina-se sensibilidade moral (Lütznén *et al.*, 2006). Esta é definida como a compreensão contextual e intuitiva da situação de vulnerabilidade do paciente, tendo em vista as consequências éticas das decisões tomadas em nome do paciente (Lütznén; Evertzon; Nordin, 1997). A sensibilidade moral é a capacidade do enfermeiro de perceber as dimensões morais em situações nas quais elas não aparecem com toda a clareza (La Taille, 2006).

O Questionário de Sensibilidade Moral mais utilizado no âmbito internacional é o desenvolvido pelos autores Lütznén, Evertzon, e Nordin (1997), o qual aborda 6 dimensões, quais sejam: 1- orientação interpessoal, que centra-se na construção de uma relação de confiança com o paciente e em encontrar formas de responder as suas necessidades; 2- significado moral, que se refere ao processo de reflexão na estruturação do significado moral para decisões e ações tomadas, mesmo que estas possam limitar a auto escolha do paciente; 3- expressão da benevolência, entendida como uma motivação moral para fazer o “bem” ou agir no melhor interesse do paciente; 4- autonomia, que se refere às estratégias tomadas quando o profissional percebe a necessidade de limitar a autonomia do paciente, mas está ciente do princípio da auto escolha; 5- vivência do conflito moral, onde para a sensibilidade moral ser expressa em ação, uma questão moral potencial ou existente deve ser previamente identificada, seguida pelo reconhecimento de sentimentos, a intuição e a percepção cognitiva sobre o que “deveria” ser feito; e 6- confiança no conhecimento do profissional, que se refere à convicção pessoal de que o conhecimento do profissional é necessário quando se lida com questões morais (Lütznén; Evertzon; Nordin, 1997).

A sensibilidade moral desempenha um papel importante no processo de tomada de decisão ética dos enfermeiros (Kim; Kang; Ahn, 2012). Quando os enfermeiros possuem uma alta sensibilidade moral, eles identificam problemas éticos com maior facilidade e tomam decisões mais acertadas, o que aumenta a qualidade da assistência e contribui para o desenvolvimento profissional (Buyuk *et al.*, 2015). Por outro lado, o enfermeiro que possui sensibilidade moral, mas tem a sua ação bloqueada (por algum obstáculo pessoal ou organizacional, como falta de equipamentos, materiais, diferença de valores, etc.), pode enfrentar consequências negativas, como abandonar o seu ambiente de trabalho, a profissão ou experimentar sofrimento moral (Milliken, 2018; Weaver; Morse; Mitcham, 2008). O sofrimento moral ocorre quando o profissional é impedido de tomar a decisão que acredita ser à eticamente adequada devido alguma barreira (Jameton, 1984).

A sensibilidade moral está associada a uma natureza multidimensional (Weaver, 2007). Fatores pessoais e contextuais podem influenciar a sensibilidade moral dos enfermeiros (Borhani; Abbaszadeh; Mohsenpour, 2013; Huang *et al.*, 2016). Compreender esses fatores é fundamental para a prática ética e para o desenvolvimento da sensibilidade moral nos profissionais de enfermagem.

Nesse contexto, investigar os fatores associados à sensibilidade moral dos enfermeiros da APS é recomendado como uma estratégia para reduzir os problemas éticos que ocorrem na prática. Com base nessas reflexões, esse estudo tem como objetivo verificar os fatores associados à sensibilidade moral dos enfermeiros que atuam em serviços da Atenção Primária à Saúde.

Este trabalho é um recorte de uma pesquisa mais abrangente, realizada no âmbito do doutorado na Universidade Católica Portuguesa, Porto, e na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que buscou validar o questionário de sensibilidade moral para o Brasil (Nora; Vieira; Zoboli, 2017a). Para tanto, foi realizado um estudo transversal e descritivo, utilizando um questionário de sensibilidade moral auto aplicado com 316 enfermeiros que trabalhavam em diferentes serviços de saúde do Rio Grande do Sul.

Para este estudo, os participantes foram 100 enfermeiros que trabalham em serviços de Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil. Foi uma amostra de conveniência. Os dados foram coletados entre março e julho de 2016. Portanto, os critérios de inclusão deste estudo foram: ser enfermeiro e trabalhar na Atenção Primária à Saúde. Foram excluídos enfermeiros que trabalhavam em área hospitalar ou outra área.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário divulgado *online* por meio da plataforma *Google Docs*, com o apoio do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RS). Esse formulário incluía a caracterização sociodemográfica dos participantes e o Questionário de Sensibilidade Moral (MSQ), traduzido e adaptado para o Português do Brasil (Nora; Vieira; Zoboli, 2017a). A autorização para a utilização do MSQ foi concedida pela autora do estudo original. Para avaliar a sensibilidade moral, utilizou-se a versão original do MSQ (Lützén; Evertzon; Nordin, 1997), depois de traduzido, adaptado e validado para o português do Brasil (Nora; Vieira; Zoboli, 2017a).

O MSQ na versão Brasileira (MSQ-B) foi submetido para publicação e manteve-se com 27 itens, utilizando uma escala de resposta do tipo *Likert* de sete pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). O MSQ-B está distribuído em quatro dimensões da sensibilidade moral: orientação interpessoal, conhecimento do profissional, conflito moral e significado moral (Nora; Vieira; Zoboli, 2017a). Neste estudo, uma alta pontuação indica uma alta sensibilidade moral. O valor de Alfa de Cronbach no estudo de validação do MSQ-B foi de 0,847 (Nora; Vieira; Zoboli, 2017).

Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0 for Windows*. Na análise, foram utilizadas a frequência relativa para descrição de variáveis, e médias e desvio-padrão para descrição das subdimensões do MSQ-B. Para verificar e comparar a sensibilidade moral das subdimensões, utilizou-se a média da escala total do MSQ-B, dividida em três percentis (25%, 50% e 75%). Considerou-se baixa sensibilidade moral uma média de até 3,97; sensibilidade moderada de 3,98 a 4,5; e alta sensibilidade acima de 4,51.

Para analisar associações entre variáveis nominais e/ou categóricas, foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado, com um nível de significância $p < 0,05$. O teste t de *student* para amostras independentes foi usado na comparação de médias entre dois grupos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (nº 1.180.518). O consentimento livre e esclarecido foi realizado de forma online, sendo o primeiro item do questionário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual o enfermeiro poderia concordar ou não em participar da pesquisa e imprimir o termo caso julgasse necessário. Em caso de não concordância, o instrumento era encerrado automaticamente.

Dos 100 enfermeiros que participaram do estudo, 91% eram do gênero feminino, com média de idade de 36,6 anos (DP=9,5). Além disso, 53% eram casados ou viviam em união estável, com uma média de 10,6 anos (DP=8,8) de experiência como enfermeiros. Os participantes tinham, em média, 7,3 anos (DP= 6,5) de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), e 79% estava há mais de um ano no seu emprego principal.

Quanto ao vínculo de trabalho, 86,9% dos enfermeiros atuavam em Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Em relação à formação, 77% dos participantes possuíam título de especialização, 28% tinham mestrado, 14% haviam concluído residência, e 6% possuíam doutorado. Da amostra pesquisada, 84% relataram ter recebido formação em ética/Bioética durante a graduação; 57% já necessitaram de aconselhamento para problemas éticos na sua prática; 28% afirmam estar em sofrimento moral.

A média da pontuação total de sensibilidade moral dos enfermeiros foi classificada como moderada ($4,5 \pm 0,90$) em uma escala de 7 (mínimo = 2,41, máximo = 6,48). Ao comparar a média das subdimensões com a média total de sensibilidade moral, a dimensão com maior média foi a do *significado moral*, com $4,81 \pm 1,58$; seguida pela *orientação interpessoal*, com $4,79 \pm 1,17$; *conflito moral*, com $4,22 \pm 1,47$ e *conhecimento profissional*, com $3,84 \pm 1,23$.

A Tabela 1 apresenta a comparação das médias da escala total do MSQ-B e as características sociodemográficas dos enfermeiros da APS. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias da escala de sensibilidade moral em relação ao estado civil, posse de especialização, necessidade de aconselhamento para problemas éticos, sofrimento moral, tempo de atuação no local de trabalho principal e rendimento mensal ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre os níveis de sensibilidade moral e as características Sociodemográficas e ocupacionais das enfermeiras (n=100). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

Variáveis Sociodemográficas		Sensibilidade Moral			p valor*
		Baixa n	Moderada n	Alta n	
Estado civil	Casado	15	10	28	0,511
	Outros	10	13	24	
Especialização	Não	7	6	10	,640
	Sim	18	17	42	
Precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática	Não	9	10	24	,700
	Sim	16	13	28	
Esta em sofrimento Moral	Não	18	15	39	,685
	Sim	7	8	13	
Tempo de atuação no local de trabalho principal	Menos de 1 ano	8	5	8	,244
	Mais de 1 ano	17	18	44	

* Teste Qui Quadrado.

† p0,05

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Ao comparar as médias da escala de sensibilidade moral, verificou-se que o valor da dimensão *significado moral* é significativamente superior em indivíduos que não possuem residência, quando comparado àqueles que possuem (Tabela 2). Da mesma forma, ao observar as médias da escala de sensibilidade moral e a formação em Ética/Bioética na graduação, constatou-se que o valor médio da dimensão *conhecimento profissional* foi maior entre aqueles que não tiveram formação em ética/Bioética, em comparação com aqueles que tiveram (Tabela 2). Em relação ao tempo de trabalho no serviço principal, verificou-se que o valor médio da dimensão *significado moral* é superior entre aqueles com mais de um ano de trabalho, em comparação a quem tem um vínculo de menos de um ano (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação das médias da escala total do MSQ-B e variáveis sociodemográficas (n=100). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

Subdimensões do MSQ-B*	Variáveis sóciodemográficas	n	Média	DP†	p valor
Significado Moral	Residência				
	Não	86	4,94	1,48	0,032
	Sim	14	3,97	1,94	
Conhecimento profissional	Formação em ética/Bioética durante a graduação				
	Não	16	4,41	1,15	0,045
	Sim	84	3,74	1,22	
Significado moral	Tempo de trabalho				
	Menos de 1 ano	21	4,13	1,65	0,025
	Mais de 1 ano	79	4,99	1,52	

*MSQ-B: Questionário de Sensibilidade Moral versão Brasileira

†DP: Desvio Padrão

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A sensibilidade moral dos enfermeiros foi considerada moderada no processo de validação do questionário (Nora; Vieira; Zoboli, 2017a). Resultados semelhantes foram encontrados na literatura (Mert *et al.*, 2020; Borhani *et al.*, 2017; Buyuk *et al.*, 2015). Porém, outro estudo relata escores elevados de sensibilidade moral em enfermeiros coreanos (Kim; Kang; Ahn, 2013). O número limitado de investigações sobre sensibilidade moral desenvolvidos com enfermeiros da Atenção Primária à Saúde não permite estabelecer comparações com nosso estudo (Nora; Vieira; Zoboli, 2017b).

A sensibilidade moral exige a interpretação de mensagens verbais e não-verbais que os pacientes demonstram em seus comportamentos, além da conscientização dos enfermeiros para determinar as necessidades dos pacientes (Buyuk *et al.*, 2015). Nos enfermeiros da APS, o que parece influenciar a média total da escala de sensibilidade moral é a dimensão *significado moral*, seguida da *orientação interpessoal*. Em outro estudo, a dimensão *orientação interpessoal* também apresentou itens mais elevados (Kirilmaz; Akbolat; Kahraman, 2015).

O cuidado de enfermagem na APS visa à formação de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, portanto, é esperado que os enfermeiros tenham consciência do significado moral de suas ações. A literatura descreve que os enfermeiros enfrentam inúmeros problemas éticos em circunstâncias comuns da prática, que são de difícil identificação (Laabs, 2007; Zoboli, 2007). O fato de a dimensão *significado moral* ter a maior pontuação, deve-se ao processo de reflexão que o enfermeiro realiza na estruturação do significado moral para as decisões e ações tomadas em nome do paciente. Isso reflete na capacidade do enfermeiro de ter consciência das consequências morais das suas ações (Lütznén; Evertzon; Nordin, 1997).

Por outro lado, quando a sensibilidade moral é reduzida, isso pode predispor o enfermeiro a vivenciar mais problemas éticos e colocar em risco o cuidado ao paciente. Além disso, os problemas éticos podem ser uma fonte de sofrimento moral e *burnout*, podendo levar o enfermeiro a abandonar a profissão (Escolar-Chua, 2018; Huang *et al.*, 2016). Um estudo enfatiza a necessidade de reforçar a sensibilidade moral para atender adequadamente às necessidades individuais dos pacientes (Siemińska; Szymańska; Mausch, 2002). Compreender os níveis de sensibilidade moral dos enfermeiros é fundamental para propor mudanças na formação dos profissionais e aperfeiçoar os programas de educação/intervenção em ética.

Embora fosse esperado que a sensibilidade moral fosse maior em quem tivesse recebido formação em Ética/Bioética durante a graduação ou no último ano e/ou tivesse alguma formação acadêmica (especialização, residência), nesta amostra, não encontramos essa associação. Pelo contrário, este estudo indica que o valor médio da dimensão *conhecimento profissional* foi maior em quem não teve formação em Ética/Bioética na graduação, em comparação com quem teve. Isso pode nos levar a questionar o lugar da ética no currículo de enfermagem (Huang *et al.*, 2016). De acordo com o autor, a sensibilidade moral é um “saber” específico, uma “sabedoria”, e não mera decorrência de estudo. Por isso, existem pessoas cultas e insensíveis, e há pessoas moralmente sensíveis apesar da parca bagagem intelectual que possuem (La Taille, 2006).

Nesse mesmo sentido, os resultados indicam que o valor médio da dimensão *significado moral* é superior em quem não possui curso de residência, quando comparado com quem possui. A Residência Multiprofissional em Saúde visa formar profissionais que respondam às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando seus princípios da universalidade, equidade e integralidade (Lima; Morales; Zoboli, 2009). Um estudo refere que enfermeiros recém-formados apresentam falta de confiança em sua própria competência e têm medo de cometer erros e causar prejuízos aos pacientes (Clark; Springer, 2012).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre a média de sensibilidade moral e receber formação em ética (Buyuk *et al.*, 2015). Enfermeiros de cuidados intensivos também não apresentaram associação significativa entre receber educação ética e os níveis de sensibilidade moral (Mert *et al.*, 2020). Um estudo refere não haver diferenças significativas na sensibilidade moral entre estudantes de enfermagem do terceiro ano e do primeiro ano (Tuveesson; Lützén, 2017). Outros estudos não encontraram diferenças entre a pontuação total de sensibilidade moral de estudantes de enfermagem iniciantes e mais avançados (Baykara; Demir; Yaman, 2014; Park; Kjervik; Crandell, 2012).

Por outro lado, alguns estudos consideram a formação ética como um fator importante para o aumento dos níveis de sensibilidade moral (Baykara; Demir; Yaman, 2014; Kim; Park; You, 2005). Autores sugerem que níveis mais elevados de conhecimento podem aumentar a sensibilidade moral (Weaver; Morse, 2006). Um estudo verificou que os escores de sensibilidade moral foram significativamente melhorados nos estudantes após uma intervenção educacional baseada em múltiplas estratégias (Huang *et al.*, 2016). Nesta amostra, não encontramos essa associação; talvez, em uma amostra maior, esse resultado possa ser diferente. É necessário que estudos futuros continuem a investigar os níveis de sensibilidade moral e a formação ética.

O vínculo entre enfermeiro e usuário representa uma ferramenta indispensável na Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois esta garante laços de confiança e corresponsabilidade no trabalho dos profissionais (Monteiro; Figueiredo; Machado, 2009).

Estudo indica que a sensibilidade moral de enfermeiros que trabalham na APS é maior do que a de enfermeiros que trabalham em hospitais. Portanto, pode-se dizer que as organizações de saúde podem promover diferenças na sensibilidade moral dos enfermeiros. No sistema hospitalar, as decisões profissionais são restringidas devido à gestão do cuidado de alta complexidade, dependência tecnológica e grande especialização, enquanto o ambiente na APS e a gestão da equipe tornam mais fácil seguir as diretrizes éticas do que em hospitais (González-de Paz *et al.*, 2012). Outros estudos descrevem que fatores como o departamento/local de serviço podem estar associados com a sensibilidade moral dos enfermeiros (Begat, 2004; Huang *et al.*, 2016; Izadi *et al.*, 2013).

Como principal resultado deste estudo, destaca-se que o valor da dimensão *significado moral* é superior em quem tem mais de um ano de trabalho. Estudos corroboram com esse achado ao referirem que a sensibilidade moral do enfermeiro aumenta na proporção da sua experiência (Buyuk *et al.*, 2015; Lützén; Nordström; Evertzon, 1995). Autores mencionam que enfermeiros com 6 a 10 anos de experiência tendem a ter sensibilidade moral elevada (Lützén *et al.*, 2010). Essa experiência profissional parece facilitar o trabalho do enfermeiro quando estes são confrontados com problemas éticos (Ersoy; Göz, 2001).

Em nosso estudo, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o estado civil, a especialização, a necessidade de aconselhamento para problemas éticos, a presença de sofrimento moral, o tempo de atuação no local de trabalho principal, o rendimento mensal e a pontuação total da escala de sensibilidade moral. Embora o sofrimento moral não tenha sido associado à sensibilidade moral nessa amostra, estudos sugerem que a sensibilidade moral de um indivíduo pode despertar sentimentos desagradáveis, que podem ser descritos como sofrimento moral, especialmente em situações que há impedimentos para realizar uma ação moralmente correta (Lützén; Ewalds-Kvist, 2013).

O sofrimento moral é uma realidade enfrentada por todos os profissionais da saúde, incluindo estudantes de enfermagem (Escolar-Chua, 2018). Um estudo identificou 53 fatores de risco para o

sofrimento moral e destacou que esse fenômeno ocorre em diferentes contextos de cuidado à saúde (Schaefer; Vieira; Zoboli, 2016).

É urgente o redirecionamento da sensibilidade moral dos enfermeiros para a percepção da sutileza dos problemas éticos nas relações com os usuários na Atenção Primária à Saúde (Zoboli, 2007). A sensibilidade moral é fundamental, pois capacita os enfermeiros a defender e proteger os direitos dos usuários. Assim, os enfermeiros que possuem maior sensibilidade moral estão mais aptos a resolver problemas éticos e tomar decisões fundamentadas moralmente (Lützén *et al.*, 2006).

Segundo estudos, a sensibilidade moral é importante no cotidiano das práticas de saúde, pois os enfermeiros precisam reconhecer o conteúdo ético de uma situação para, em seguida, tomar uma decisão adequada (Milliken, 2018). No entanto, as evidências sugerem que a sensibilidade moral ainda não está plenamente desenvolvida na prática diária dos profissionais, indicando que nem sempre os enfermeiros reconhecem a enfermagem como uma prática profundamente ética (Schaefer; Vieira; Zoboli, 2016).

O cuidado de enfermagem na APS deve ser estruturado com base nos princípios da humanização, valorizando a subjetividade tanto dos enfermeiros quanto dos usuários, a fim de atender de maneira resolutiva às necessidades de saúde.

Na interpretação dos resultados deste estudo, é importante considerar algumas limitações. A pesquisa utilizou uma amostra de conveniência, limitada a uma região específica — estado do Rio Grande do Sul, Brasil —, o que impede a generalização dos resultados para o país como um todo. O tamanho reduzido da amostra pode ter influenciado os resultados do estudo. Além disso, houve dificuldade quanto à comparação dos achados devido à ausência de estudos similares realizados no contexto da Atenção Primária à Saúde. E, apesar de suas limitações, este estudo oferece resultados relevantes que podem colaborar com futuras pesquisas que visem compreender os fatores que influenciam a sensibilidade moral dos enfermeiros no contexto da APS.

Era desejável que o nível de sensibilidade ética dos enfermeiros na APS fosse elevado, de modo que eles pudessem reconhecer os problemas éticos de sua prática e tomar decisões prudentes ao tentar resolvê-los. Porém, a média de sensibilidade moral encontrada nos enfermeiros da APS foi moderada.

A sensibilidade moral mostrou-se mais alta na subdimensão *significado moral*, em contraste, a média de sensibilidade moral foi mais baixa na subdimensão *conhecimento profissional*. Como principal achado deste estudo, pode-se afirmar que o *significado moral* foi superior entre os enfermeiros com mais de um ano de trabalho, em comparação àqueles com menos de um ano de vínculo. Por outro lado, estado civil, possuir especialização, necessidade de aconselhamento para problemas éticos, estar em sofrimento moral, tempo de atuação no local de trabalho principal e rendimento mensal não apresentaram qualquer influência sobre a sensibilidade moral nos enfermeiros nesta amostra.

Os resultados deste estudo são relevantes para a enfermagem, pois evidenciam que o tempo de trabalho superior a um ano reflete positivamente na dimensão *significado moral*, contribuindo para o processo de reflexão e estruturação de ações. Da mesma forma, os resultados destacam a importância de a gestão da APS promover um ambiente de trabalho favorável, que incentive a permanência dos enfermeiros em suas atividades por períodos mais longos, favorecendo o desenvolvimento e a promoção de sua sensibilidade moral. Para os usuários, ser atendido por enfermeiros com maior sensibilidade moral aumenta as chances de receber um cuidado mais humanizado e de qualidade.

Por fim, mais pesquisas são necessárias para compreender as características que influenciam a sensibilidade moral dos enfermeiros. Fica o desafio de refletir sobre como promover a sensibilidade moral dos enfermeiros na APS, considerando sua importância para a qualidade dos cuidados em saúde.

Referências

- BAYKARA, Z. G.; DEMIR, S. G.; YAMAN, S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nursing Ethics*, v. 22, n. 6, p. 661-675, 2014. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0969733014542673>. Acesso em: 18 out. 2022.
- BEGAT, I. *et al.* Comparative study of perceptions of work environment and moral sensitivity among Japanese and Norwegian nurses. *Nursing and Health Sciences*, v. 6, n. 3, p. 193-200, 2004. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2004.00192.x>. Acesso em: 18 out. 2022.
- BORHANI, F.; ABBASZADEH, A.; MOHSENPOUR, M. Nursing students' understanding of factors influencing ethical sensitivity: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, v. 18, n. 4, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24403928/>. Acesso em: 3 out. 2022.
- BORHANI, F. *et al.* Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics*, v. 24, n. 4, 2017. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733015604700>. Acesso em: 3 out. 2022.
- BUYUK, T. *et al.* Ethical sensitivity and job satisfaction among nurses. *Prog Health Sci*, v. 5, n. 1, p. 138-149, 2015. Disponível em: https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/progress-file/phs/phs_2015_1/138-149_tural_0.pdf. Acesso em: 2 out. 2022.
- CLARK, C. M.; SPRINGER, P. J. Nurse residents' first-hand accounts on transition to practice. *Nursing Outlook*, v. 60, n. 4, p. e2-e8, 2012. Disponível em: [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(11\)00290-9/fulltext](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(11)00290-9/fulltext). Acesso em: 18 out. 2022.
- COMRIE, Rhonda W. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nursing Ethics*, v. 19, n. 1, p. 116-127, 2011. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0969733011411399>. Acesso em: 18 out. 2022.
- ERSOY, N.; GÖZ, F. The Ethical Sensitivity of Nurses in Turkey. *Nursing Ethics*, v. 8, n. 4, p. 299-312, 2001. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/096973300100800403>. Acesso em: 18 out. 2022.
- ESCOLAR-CHUA, R. L. Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nursing Ethics*, v. 25, n. 4, 2018. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733016654317>. Acesso em: 18 out. 2022.
- GONZÁLEZ-DE PAZ, L. *et al.* A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct. *Journal of Clinical Nursing*, v. 21, n. 19pt20, p. 2747-2760, 2012. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04137.x>. Acesso em: 18 out. 2022.

HUANG, F. F. *et al.* Cross-cultural validation of the moral sensitivity questionnaire-revised Chinese version. *Nursing Ethics*, v. 23, n. 7, p. 784-793, 2016. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0969733015583183>. Acesso em: 18 out. 2022.

IZADI, A. *et al.* Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, v. 6, n. 2, p. 43-56, 2013. Disponível em: <http://ijme.tums.ac.ir/article-1-5014-en.html>. Acesso em: 3 out. 2022.

JAAFARPOUR, Molouk. Evaluation of the Nurses' Job Satisfaction, and Its Association with Their Moral Sensitivities and Well-being. *J Clin Diagn Res.*, 2012. DOI: 10.7860/JCDR/2012/4068.2638. Acesso em: 3 out. 2022.

JAMETON, A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984. Disponível em: <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/800986>. Acesso em: 3 out. 2022.

JIE, Yang. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity - Fei Fei Huang, Qing Yang, Jie Zhang, Kaveh Khoshnood, Jing Ping Zhang, 2016. *Nursing Ethics*. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733015574925>. Acesso em: 3 out. 2022.

KIM, Y-S; KANG, S-W; AHN, J-A. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. *Nursing Ethics*, v. 20, n. 4, p. 470-478, 2013. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969733012455563>. Acesso em: 2 out. 2022.

KIM, Y-S; PARK, J-W; YOU, M-A. Sensitivity to Ethical Issues Confronted by Korean Hospital Staff Nurses. *Nursing Ethics*, v. 12, n. 6, p. 595-605, 2005. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1191/0969733005ne829oa>. Acesso em: 18 out. 2022.

KIRILMAZ, H.; AKBOLAT, M.; KAHRAMAN, G. A Research about the Ethical Sensitivity of Healthcare Professionals. *International Journal of Health Sciences (IJHS)*, v. 3, n. 3, 2015.

LA TAILLE, Y. J. J. M. R. *Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LAABS, C. A. Primary Care Nurse Practitioners' Integrity When Faced With Moral Conflict. *Nursing Ethics*, v. 14, n. 6, p. 795-809, 2007. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733007082120>. Acesso em: 2 out. 2022.

LEE, H. L.; HUANG, S.-H. ; HUANG, C.-M. Evaluating the effect of three teaching strategies on student nurses' moral sensitivity. *Nursing Ethics*, v. 24, n. 6, p. 732-743, 2016. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0969733015623095>. Acesso em: 18 out. 2022.

LIMA, A. C.; MORALES, D. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. *et al.* Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 2, 2009. DOI: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/15621>. Acesso em: 18 out. 2022.

LÜTZÉN, K. *et al.* Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. *Nursing Ethics*, v. 13, n. 2, 2006. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1191/0969733006ne837oa>. Acesso em: 2 out. 2022.

- LÜTZÉN, K. *et al.* Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, v. 17, n. 2, p. 213-224, 2010. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0969733009351951>. Acesso em: 18 out. 2022.
- LÜTZÉN, K.; EWALDS-KVIST, B. Moral Distress and its Interconnection with Moral Sensitivity and Moral Resilience: Viewed from the Philosophy of Viktor E. Frankl. *Journal of Bioethical Inquiry*, v. 10, n. 3, p. 317-324, 2013. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-013-9469-0>. Acesso em: 18 out. 2022.
- LÜTZÉN, K.; NORDSTRÖM, G.; EVERTZON, M. Moral Sensitivity in Nursing Practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 9, n. 3, p. 131-138, 1995. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.1995.tb00403.x>. Acesso em: 18 out. 2022.
- LÜTZÉN, K.; EVERTZON, M.; NORDIN, C. Moral Sensitivity in Psychiatric Practice. *Nursing Ethics*, v. 4, n. 6, p. 472-482, 1997. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/096973309700400604>. Acesso em: 2 out. 2022.
- MAEDA, Y.; BEBEAU, M. Gender Differences in Moral Sensitivity: A Meta-Analysis. *Ethics & Behavior*, v. 21, n. 4, p. 263-282, 2011. DOI: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10508422.2011.585591?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 18 out. 2022.
- MERT, B. S. *et al.* Perception of care quality and ethical sensitivity in surgical nurses. *Nursing Ethics*, v. 27, n. 3, p. 673-685, 2020. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733020901830>. Acesso em: 18 out. 2022.
- MILLIKEN, A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nursing Ethics*, v. 25, n. 3, p. 278-303, 2018. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733016646155>. Acesso em: 2 out. 2022.
- MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200015>. Acesso em: 18 out. 2022.
- NORA, C. R. D.; VIEIRA, M.; ZOBOLI, E. L. C. P. Ethical problems experienced by nurses in primary health care: integrative literature review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 1, p. 112-121, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.48809>. Acesso em: 2 out. 2022.
- NORA, C. R. D.; VIEIRA, M.; ZOBOLI, E. L. C. P. Moral sensitivity in Primary Health Care nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 2, p. 308-316, 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0453>. Acesso em: 3 out. 2022.
- NORA, C. R. D.; VIEIRA, M.; ZOBOLI, E. L. C. P. Sensibilidade moral dos enfermeiros avaliada por scoping review. *Cogit. Enferm. (Online)*, v. 22, n. 2, p. 1-10, 2017b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868427>. Acesso em: 3 out. 2022.
- PARK, M.; KJERVIK, D.; CRANDELL, J. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing Ethics*, v. 19, n. 4, p. 568-580, 2012. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0969733011433922>. Acesso em: 18 out. 2022.

SCHAEFER, R.; VIEIRA, M.; ZOBOLI, E. L. C. P. Identification of risk factors for moral distress in nurses: basis for the development of a new assessment tool. *Nursing Inquiry*, v. 23, n. 4, p. 346-357, 2016. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nin.12156>. Acesso em: 18 out. 2022.

SIEMIŃSKA, M. J.; SZYMAŃSKA, M.; MAUSCH, K. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 5, n. 3, p. 263-271, 2002. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021133928692>. Acesso em: 18 out. 2022.

TUVESSON, H.; LÜTZÉN, K. Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nursing Ethics*, v. 24, n. 7, p. 847-855, 2017. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733015626602>. Acesso em: 18 out. 2022.

WEAVER, K. Ethical Sensitivity: State of Knowledge and Needs for Further Research. *Nursing Ethics*, v. 14, n. 2, 2007. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733007073694>. Acesso em: 3 out. 2022.

WEAVER, K.; MORSE, J. M. Pragmatic Utility: Using Analytical Questions to Explore the Concept of Ethical Sensitivity. *Research and Theory for Nursing Practice*, v. 20, n. 3, p. 191-214, 2006. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgrtrnp/20/3/191>. Acesso em: 18 out. 2022.

WEAVER, K.; MORSE, J.; MITCHAM, C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, v. 62, n. 5, p. 607-618, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18355227/>. Acesso em: 3 out. 2022.

ZOBOLI, E. L. C. P. Nurses and primary care service users: bioethics contribution to modify this professional relation. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 316-320, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300012>. Acesso em: 2 out. 2022.

Capítulo 8

Dilemas éticos vivenciados por enfermeiras diante da ordem de não reanimar em Unidade de Terapia Intensiva

Mayra Luíza Matos Evangelista de Souza
Marluce Alves Nunes Oliveira
Elaine Guedes Fontoura
Adrielle Fera Moura Freitas
Maryana Carneiro de Queiroz Ferreira
Íris Cristy da Silva e Silva

Ao longo do tempo, a ética vem evoluindo em consonância com as mudanças ocorridas na sociedade. De acordo com Silva *et al.* (2017), a ética pode ser considerada como um conjunto de valores e princípios morais que são impostos e aceitos por uma população em determinado período histórico. Pedro (2014) acrescenta que a ética tem como principal função orientar as condutas humanas.

Nesse contexto, na contemporaneidade, questões éticas emergem na vida pessoal quanto na profissional, levando os indivíduos a vivenciarem dilemas éticos diante da necessidade de tomar decisões. Nesse âmbito, pode-se ressaltar que, em uma unidade de saúde, em especial, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), situações éticas surgem cotidianamente.

A UTI é reconhecida como uma unidade que emprega tecnologia de ponta com a finalidade de atender pacientes em estado grave, que necessitam de monitoramento constante e cuidados complexos (Costa *et al.*, 2019). Assim, faz-se necessária a existência de uma equipe capacitada e comprometida, capaz de prestar assistência de qualidade de maneira técnica e humanizada (Ouchi *et al.*, 2018).

Nesse cenário, destaca-se o papel da enfermeira líder da equipe de enfermagem, da qual se exige senso crítico em relação às tecnologias a serem aplicadas, além de tomar decisões coerentes e responsáveis diante das necessidades e desejos do paciente (Ouchi *et al.*, 2018).

As enfermeiras que atuam em UTIs convivem com situações em que vida e morte caminham lado a lado, o que frequentemente dá origem a dilemas éticos. Esses dilemas são situações em que uma pessoa se depara diante de duas imposições morais, sem que uma se sobreponha claramente à outra (Bristrot; Ceretta; Soratto, 2017; Paixão *et al.*, 2019).

Os dilemas éticos mais frequentes enfrentados pela equipe multiprofissional nas UTIs, estão relacionados à percepção do momento para interromper um tratamento, de modo a evitar a

futilidade terapêutica. Essa prática, também conhecida por distanásia, refere-se ao uso exacerbado de meios terapêuticos para prolongar sua vida, sem proporcionar benefícios reais ao paciente, aumentando seu sofrimento e diminuindo sua qualidade de vida (Melo *et al.*, 2016).

Uma forma frequente de limitação da vida em UTIs é a parada cardiorrespiratória (PCR), caracterizada pela cessação de atividades do coração, da circulação sanguínea e da respiração, resultando na ausência de sinais vitais e na inconsciência do paciente (Paixão *et al.*, 2019). A PCR é entendida como uma intercorrência grave que traz risco à vida, e a maneira mais eficaz e ágil de revertê-la é a reanimação cardiopulmonar (RCP) (Zandomenighi; Martins, 2018). Contudo, para casos em que a reversão não é indicada devido à inexistência de possibilidade de melhora do paciente, aplica-se a ordem de não reanimação (ONR) (Bandeira *et al.*, 2014). Entretanto, essa situação pode gerar dúvidas quanto à decisão de reanimar ou não, uma vez que a legislação brasileira não possui subsídios, tampouco respaldo legal para a ONR (Paixão *et al.*, 2019).

Entre as inúmeras responsabilidades da líder da enfermagem, destaca-se a tomada de decisões, cuja importância é indiscutível. Tal processo não exige apenas reflexões éticas para embasar suas ações, mas também requer o domínio de fundamentos técnico-científicos, culturais, deontológicos, sociais e jurídicos (Nora *et al.*, 2015). Na prática, entretanto, esse embasamento pode se revelar inferiores ao que seria necessário e desejável, podendo interferir na escolha das condutas corretas (Trigueiro *et al.*, 2010).

Para guiar as reflexões e ações no exercício da enfermagem, é necessário que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) seja seguido, observando-se seus preceitos éticos e legais. O CEPE estabelece normas de conduta para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, orientando-os na prestação de uma assistência de excelência, assegurando a promoção, proteção e recuperação da saúde humana. Além disso, serve como respaldo legal para os profissionais, estabelecendo seus direitos, deveres, proibições e responsabilidades (Silva *et al.*, 2017).

As enfermeiras não participam diretamente da decisão quanto à ordem de não reanimação (ONR), já que é responsabilidade do médico avaliar o quadro clínico do paciente, considerando a irreversibilidade e o prognóstico da doença, para contraindicar, quando necessário, manobras de ressuscitação (Nogueira; Monteiro; Santos, 2015). Não obstante, é possível compreender que é de extrema importância sua participação junto à equipe multiprofissional, assim como sua habilidade em reconhecer as possibilidades e os limites impostos pelos dilemas éticos. Vale ressaltar que as enfermeiras detêm competências éticas, técnicas e científicas, sendo elas as profissionais que mantêm maior contato e comunicação com o paciente e seus familiares. Dessa forma, podem proporcionar um cuidado humanizado e ético, associando sensibilidade à racionalidade (COFEN, 2017).

Diante do exposto, este estudo buscou responder ao seguinte questionamento: Como as enfermeiras vivenciam dilemas éticos diante da ordem de não reanimação, em Unidade de Terapia Intensiva?

Tal questionamento evidencia a relevância deste estudo, pois, nas UTIs, as enfermeiras vivenciam diariamente situações éticas que demandam tomadas de decisão fundamentada em princípios éticos e legais. O conhecimento sobre os dilemas éticos que podem surgir em relação à ONR possibilita que as ações das enfermeiras sejam coerentes, humanas e éticas. Partindo desse pressuposto, o presente estudo teve como objetivo compreender os dilemas éticos vivenciados por enfermeiras diante da ordem de não reanimação em Unidade de Terapia Intensiva.

Esta pesquisa está inserida no projeto “Conflitos e dilemas éticos vividos no cuidado da equipe de saúde no contexto hospitalar”, aprovado pela Resolução do Conselho Superior de Pesquisa e Extensão (CONSEPE 016/2018) da Universidade Estadual de Feira de Santana. O objetivo é compreender os dilemas éticos vivenciados por enfermeiras diante ordem de não reanimação (ONR) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (CAAE 71618817.6.0000.0053). Os procedimentos adotados estão em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Foram assegurados os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça às participantes, garantindo sua livre decisão de participar do estudo por meio da assinatura de uma declaração de interesse.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que explora um universo de significados, possibilitando ao pesquisador compreender e aprofundar questões relacionadas à prática profissional. Segundo Minayo (2014, p. 23), “as metodologias qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”, pois trabalham com um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes.

O estudo foi realizado com seis enfermeiras de uma UTI em um hospital geral público situado no interior da Bahia. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeira de UTI há mais de um ano e estar em atividade laboral no período da coleta de dados. O critério de exclusão foi encontrar-se afastada ou de férias durante esse período.

O primeiro contato foi estabelecido com a enfermeira coordenadora da UTI, que facilitou o acesso às demais participantes. A autonomia das enfermeiras foi garantida em todas as etapas do estudo. Após receberem informações iniciais sobre a pesquisa, cada participante leu e compreendeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinando-o em duas vias — uma destinada à pesquisadora e outra à própria participante.

As entrevistas foram realizadas em um local reservado e livre de interrupções, onde as participantes se sentissem confortáveis. Cada entrevista foi agendada de forma individual, conforme a disponibilidade das enfermeiras, e teve duração de aproximadamente 15 minutos.

Inicialmente foi formulada uma questão de aproximação — O que é dilema ético para você? —, seguida de três questões norteadoras: Que dilemas éticos são vivenciados por você diante da ordem de não reanimação em UTI? Como tomar decisões diante da ordem de não reanimação em UTI? Quais as possibilidades e limites de vivenciar dilemas éticos na tomada de decisões diante da ordem de não reanimação em UTI?

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra. A confidencialidade e o anonimato das participantes foram assegurados por meio da atribuição de nomes de flores escolhidos por elas mesmas. Para garantir o rigor metodológico, utilizou-se o *checklist* da pesquisa qualitativa *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

A análise de conteúdo seguiu o método de Bardin (2016), que permite sintetizar a estrutura das categorias empíricas extraídas dos dados. Segundo a autora, a análise de conteúdo é considerada como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2016, p. 37), sendo um instrumento marcado com uma grande disparidade de formas e adaptável a um vasto campo de aplicação.

O processo de análise dos dados obedeceu a uma ordem cronológica de fases, conforme Bardin (2016). A primeira foi a pré-análise, fase de organização e sistematização das ideias iniciais,

com o objetivo de estruturar um plano de análise. Iniciou-se com a escolha dos documentos a serem analisados, fundamentando o referencial teórico e subsidiando a interpretação final.

Nessa etapa, foi realizada uma leitura flutuante dos documentos, com uma análise que visava aprofundar a compreensão do conteúdo. Em seguida, foram selecionados os materiais relevantes para a fundamentação do estudo. Nesse momento da análise, foi observada a regra de exaustividade, isto é, não se deixou de fora nenhum documento que demonstrasse alguma importância para a resposta às questões da pesquisa. Essa regra é caracterizada pela não seletividade (Bardin, 2016).

A etapa seguinte foi a de exploração do material coletado, considerada como a fase mais longa e detalhada. Esse processo envolveu a codificação dos dados, de forma a explicitar as razões da análise (Bardin, 2016, p. 133). A classificação dos dados foi operacionalizada através da leitura exaustiva e repetida do material, o que possibilitou a identificação das estruturas dos conteúdos mais relevantes, a partir das quais foram extraídas as áreas temáticas. Esse procedimento permitiu a categorização dos dados, possibilitando uma melhor compreensão das ideias expressas pelas participantes.

A última etapa foi o tratamento dos resultados, que envolveu a realização de inferências e interpretações alinhadas aos objetivos do estudo. Nesse momento, os achados foram analisados à luz dos valores éticos e legais, da legislação de enfermagem e dos estudos já realizados sobre a temática.

Neste item, serão apresentados os resultados e a discussão do estudo, inicialmente com a caracterização das participantes, e, em seguida, a apresentação das categorias empíricas que emergiram na análise dos depoimentos.

O estudo foi realizado com seis enfermeiras, com idades entre 28 e 33 anos. O tempo de sua formação profissional está entre três e doze anos, e o tempo de atuação na UTI entre um e quatro anos. Quanto ao vínculo empregatício, três possuem outros vínculos. Em relação à pós-graduação, duas participantes possuem título de Intensivista.

Conhecimento das enfermeiras sobre dilemas éticos

Nesta categoria, foram analisados os conhecimentos das enfermeiras a respeito de dilemas éticos. Para elas, os dilemas éticos estão relacionados ao limite entre o certo e o errado e se manifestam quando é necessário tomar decisões diante de distintas interpretações morais.

Pétala e Rosa consideram o dilema ético como:

Situações em que *o limite entre o certo e errado é ultrapassado* (Pétala, grifo nosso).

É toda situação em que tenho que *ponderar o que eu aprendi como sendo certo a ser feito* e o que estão determinando que eu faça (Rosa, grifo nosso).

A afirmação de Pétala revela que o dilema ético está associado a situações em que há uma transgressão dos limites do que ela considera certo e errado. Já para Rosa, o dilema ético surge quando é necessário decidir entre duas alternativas: seguir o que aprendeu como o certo ou cumprir o que lhe é imposto no ambiente de trabalho. Seu relato sugere que ela confere maior legitimidade ao que aprendeu do que às diretrizes institucionais.

As reflexões de Pétala e Rosa demonstram uma compreensão dos dilemas éticos, ainda que de forma indireta. Ambas argumentam sobre o que ocorre quando o profissional necessita escolher

entre diferentes alternativas, em situações que podem causar questionamentos morais. Para Ismael *et al.* (2019), o dilema ético é compreendido como uma situação em que a pessoa se depara com dois lados de uma problemática, sem que haja uma opção moralmente certa ou errada de maneira evidente.

Outras enfermeiras também trouxeram definições sobre o dilema ético:

[...] quando há *situações em que existem decisões a serem tomadas com diferentes pontos de vista ou interpretação moral* (Lírio, grifo nosso).

Quando é necessário *tomar uma decisão contrária aos princípios*, quando é uma decisão difícil (Margarida, grifo nosso).

Quando há uma *necessidade de se fazer uma escolha difícil* (Girassol, grifo nosso).

Lírio, Margarida e Girassol associam o dilema ético as decisões complexas que podem contrariar princípios individuais e envolver distintas perspectivas morais.

Na prática hospitalar, o dilema ético surge quando o profissional precisa cuidar da pessoa adoecida, avaliar até que ponto deve insistir em um procedimento e equilibrar essa decisão com as normas da unidade e os preceitos éticos (Paixão *et al.*, 2019). Então, o dilema ético emerge diante de duas situações e se configura como um impasse entre elas, embora nenhuma seja ideal. Desse modo, o dilema ético é compreendido por determinadas situações vivenciadas, onde há mais de uma opção de escolha e nenhuma está de acordo com princípios éticos (Paixão; Batista; Oliveira, 2021). Para Doná (2021), o dilema ético pode se evidenciar em tomada de decisões baseadas em condutas impostas, que implicam obediência.

É importante destacar que compreender o conceito de dilema ético permite identificar situações que exigem reflexão ética. Ainda que a tomada de decisão não possa ser ajustada a princípios éticos e morais, é possível buscar estratégias para lidar com a questão que está sendo vivenciada. Desse modo, esse reconhecimento é uma etapa relevante na constituição do profissional ético, uma vez que, no cotidiano, os profissionais de saúde frequentemente se questionam sobre sua participação ou ficam indiferentes à tomada de decisão (Ismael *et al.*, 2019).

Vivência de dilemas éticos por enfermeiras em UTI

As enfermeiras relatam que vivenciam dilemas éticos na UTI frente da ordem de não reanimação, quando a conduta a ser tomada vai de encontro a seus valores morais.

O dilema ético vivenciado vem quando *eu não consigo compreender a causa da não reanimação*; então, fico achando que *deveria ter reanimado*. Tenho dilema quando o que *determina a não reanimação é a idade da paciente* (Rosa, grifo nosso).

Para Rosa, o dilema ético surge quando ela não compreende os motivos da não reanimação, levando-a a questionar se deveria ter reanimado o paciente. Além disso, relata desconforto quando a decisão de não reanimação está relacionada à idade do paciente, pois acredita que esse critério, por si só, não deveria ser determinante. Seu relato evidencia um processo contínuo de questionamento, mesmo após a decisão ter sido tomada.

A decisão de reanimar ou não o paciente em parada cardiorrespiratória na UTI deve estar fundamentada nos conhecimentos acerca de sua história clínica, avaliando-se a futilidade

da ressuscitação cardiopulmonar e a relação entre riscos e benefícios. Isso envolve considerar a condição do paciente, suas comorbidades e a possibilidade de prolongamento da vida, sem que a idade seja um fator isolado na tomada de decisão. Afinal, mesmo que seja realizada múltiplas vezes, a reanimação pode não alcançar seu objetivo (Oliveira *et al.*, 2021). A fala de Rosa demonstra claramente essa questão, quando relata que a idade em si não deve ser pré-requisito para a reanimação.

O dilema ético também se manifesta quando o profissional acredita que o paciente ainda pode obter resposta terapêutica, como evidenciado no relato de Margarida:

Quando acontece com um paciente que acreditamos que é preciso investir, por acreditarmos que o mesmo pode ter uma resposta terapêutica (grifo nosso).

Foi possível observar que ela vivencia o dilema ético ao acreditar que é preciso insistir na reanimação de um paciente com parada cardiorrespiratória, por acreditar que ele ainda pode evoluir bem.

Sendo assim, a tomada de decisão exige reflexão e responsabilidade, considerando os aspectos legais e normativos, éticos e bioéticos, bem como fatores socioculturais e a dignidade humana. A avaliação clínica auxilia os profissionais na discussão dos casos com a equipe de saúde, os pacientes e seus familiares, permitindo definir o prognóstico e estabelecer os objetivos da assistência, sejam eles curativos ou exclusivamente paliativos (Oliveira *et al.*, 2021).

Tomada de decisão da equipe diante a ordem de não reanimação na UTI

Sobre essa categoria, as enfermeiras revelam como tomam decisões diante da ordem de não reanimação. Para elas, decidir o momento de interromper ou não a reanimação e efetivar essa decisão está relacionado ao diálogo com a equipe multidisciplinar, especialmente com o médico, buscando um consenso frente à gravidade do quadro clínico do paciente.

Procuro entender o porquê dessa tomada de decisão. Quais os critérios que foram adotados que levou a esta decisão. Se familiares estão cientes da gravidade do quadro clínico (Pétala, grifo nosso).

Procuro entender a causa dessa ordem (Rosa).

Pétala relata que, para decidir pela não reanimação, precisa existir um motivo plausível e coerente, e que ela compreenda os critérios que embasaram essa ação. Conforme Oliveira *et al.* (2021), pode haver casos em que o paciente se encontra em fase terminal, com danos irreparáveis na consciência, ou situações em que não há possibilidade de tratar a parada cardíaca. Pétala também questiona se a família está ciente da gravidade do quadro de seu ente, evidenciando que sua intenção é entender a origem da decisão para evitar vivenciar dilemas éticos. Em consonância, Rosa revela, de forma sucinta, que na tomada de decisão ela procura entender o porquê da ordem de não reanimação (ONR).

A equipe de enfermagem precisa desenvolver senso crítico em relação às tecnologias e à atenção integral, considerando todos os aspectos — incluindo o emocional — para tomar decisões coerentes frente às necessidades e desejos do paciente, de forma responsável e racional (Ouchi *et al.*, 2018).

Segundo Prior (2017), a tomada de decisão deve resultar de um acordo entre o profissional e o paciente; e, caso o paciente apresente declínio cognitivo, a família pode assumir esse papel. Além disso, Oliveira *et al.* (2021), destacam que o princípio ético teleológico da beneficência impõe aos profissionais a obrigação oral de atuar em consonância com os desejos do paciente e dos familiares.

Geralmente, isso é decidido em equipe, durante a *passagem de visita do diarista* (médico) e, durante a PCR, *a equipe já tem o conhecimento de que não deve realizar a reanimação* (Lírio, grifo nosso).

Para Lírio, a tomada de decisão envolve a equipe de saúde. Em sua fala, percebe-se que, após a avaliação clínica da evolução do paciente realizada pelo médico diarista, já se decide sobre a adoção ou não de medidas de reanimação em caso de parada cardiorrespiratória. Nesse momento, torna-se evidente a decisão de não realizar a reanimação cardiopulmonar (RCP), considerando que alguns pacientes não apresentam perspectiva de cura e evoluem para fim da vida (Cogo *et al.*, 2020).

Tentativa de argumentar com a equipe médica, mostrar motivos para tentar investir mais (Margarida, grifo nosso).

Margarida admite que a decisão final é tomada pela equipe médica, mas acredita que se devem buscar motivos para investir mais no paciente. Assim, percebe-se que ela vivencia um dilema ético diante da ordem de não reanimação (ONR), pois busca encontrar justificativas coerentes para evitar a interrupção da RCP.

Campagnolli *et al.* (2019) apontam que os profissionais de saúde frequentemente se deparam com sentimentos de fraqueza e frustração ao dispensar cuidados a pacientes que se encontram fora das possibilidades de cura. Ademais, devido ao contato direto da enfermagem com os pacientes, formam-se vínculos afetivos que, embora sejam importantes para o tratamento, podem causar impactos emocionais negativos nos profissionais diante do óbito (Pereira, 2021).

Por mais desafiador que seja, é necessário agir de forma rápida, pensando no que é melhor para o paciente (Girassol, grifo nosso).

Na fala de Girassol, evidencia-se que a tomada de decisão deve ser pautada no que for melhor para o paciente, mesmo em situações desafiadoras, sem que haja atraso no momento de agir.

Segundo Campos-Calderón *et al.* (2016), reconhecer o *status* de paciente terminal está associado à redução dos atos clínicos no fim da vida. No entanto, Prior (2017) destaca que as intervenções em enfermagem devem abranger cuidados integrais, considerando o paciente como um todo e respeitando sua dignidade e vontade. Dessa forma, a conduta ideal da enfermeira consiste em avaliar cuidadosamente os benefícios ou malefícios envolvidos nas decisões relativas à ONR.

Falta de autonomia das enfermeiras na ordem de não reanimação em UTI

Os depoimentos das enfermeiras demonstram a falta de autonomia na tomada de decisões relativas à ordem de não reanimação (ONR), revelando que somente a equipe médica detém o poder de decidir sobre a reanimação do paciente.

Geralmente esta é uma decisão unilateral, *médicos que decidem pela não reanimação e assim comunicam à equipe...* (Pétala, grifo nosso).

Respeitando a conduta médica (Lótus, grifo nosso).

Respeitoso... quando a equipe pede, às vezes, os médicos acatam o pedido (Margarida, grifo nosso).

Pétala deixa claro que o médico plantonista é o responsável por decidir se o paciente será reanimado ou não, não havendo interposição da equipe de saúde, apenas a comunicação do que já foi decidido anteriormente pelo médico. Lótus relata que acata a conduta médica, sem interferir ou opinar sobre a decisão, enquanto Margarida afirma que, embora respeite as decisões, há momentos em que, mediante solicitação da equipe, o médico reavalia a conduta adotada. Tais relatos evidenciam a concentração do poder decisório no médico, minimizando a importância dos demais profissionais de saúde da UTI, inclusive enfermeiras, no que se refere à reanimação.

Diante dessa realidade, percebe-se que o princípio da autonomia não é plenamente respeitado. Para Filho *et al.* (2021), a autonomia está relacionada com o autogoverno, sendo a liberdade individual essencial para que cada pessoa exerça suas ações com qualidade. Segundo o filósofo Kant, a autonomia é o início da dignidade humana e de toda a população raciocinante. Logo, a partir dessa afirmação, é possível concluir que a autonomia corresponde ao desejo do indivíduo de ser compreendido e de executar suas ações de maneira competente. A autonomia profissional implica a capacidade de tomar decisões de forma independente e deve ser orientada para o trabalho em equipe, já que cada profissional possui formação e competências específicas para o desempenho de suas atividades (Bonfada; Pinno; Camponogara, 2018).

Conforme Costa, R. L. M., Santos e Costa, L. M. C. (2021), a autonomia profissional também se caracteriza pela liberdade de controlar situações e executar o trabalho da maneira que se julgar apropriada, sem a dependência de outros profissionais.

No que se refere às práticas de enfermagem, essa autonomia é essencial para que as tarefas sejam cumpridas e alcancem resultados eficientes (Bonfada; Pinno; Camponogara, 2018). Santos *et al.* (2017) corroboram, afirmando que a autonomia profissional na enfermagem ainda se apoia em um tema complexo e que demanda mais estudos. Apesar dos avanços, a enfermagem ainda se apoia, em certa medida, em práticas centradas no modelo biomédico, o que limita a atuação profissional e restringe o exercício autônomo (Santos *et al.*, 2017; Bonfada; Pinno; Camponogara, 2018).

Para que o enfermeiro alcance a autonomia, é necessário que ele desenvolva independência intelectual e moral, compreendendo sua capacidade de autogoverno e de tomar decisões livres, de modo a escolher adequadamente entre as opções disponíveis (Costa, R. L. M.; Santos; Costa, L. M. C., 2021).

O médico é responsável pela avaliação do quadro do paciente quanto à irreversibilidade e ao prognóstico da doença, para contraindicar manobras de ressuscitação (Nogueira; Monteiro; Santos, 2015). No entanto, a enfermagem também possui conhecimento científico, técnico e ético, o que confere a esses profissionais a capacidade de decisão, em conjunto com a equipe, sobre a realização da ressuscitação cardiopulmonar. Segundo a Resolução COFEN N° 564/2017, é direito dos enfermeiros atuar de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar, exercendo suas funções com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão (COFEN, 2017). Dessa forma, a equipe de Enfermagem, que geralmente está mais próxima dos pacientes e seus familiares, tem sua participação extremamente necessária frente às questões citadas (Cogo *et al.*, 2020).

Na minha realidade, não tem essa relação não; *nunca participei dessa decisão* (Rosa, grifo nosso).

Na fala de Rosa, percebe-se que não há decisão conjunta com a equipe de saúde, uma vez que ela nunca participou de uma deliberação quanto à contraindicação da reanimação.

Esses relatos evidenciam a necessidade, conforme salienta Santos *et al.* (2017), de os enfermeiros se autodeterminarem na equipe de saúde e exercerem legalmente suas atribuições, o que contribui para a realização pessoal no trabalho e para a melhoria da qualidade de vida. A autodeterminação está diretamente ligada com o conhecimento: os profissionais que buscam capacitação, e aperfeiçoamento possuem maior domínio na execução de seus deveres, sendo possível fornecer cuidados de qualidade, oportunizando a autonomia de forma efetiva (Bonfada *et al.*, 2018).

Possibilidades e limites de vivenciar dilemas éticos na ordem de não reanimação

Nessa categoria, as enfermeiras apontaram possibilidades e limites de vivenciarem dilemas éticos perante a ONR.

Acreditar que o paciente ainda tem condições de melhora do quadro clínico. Pacientes jovens ou sem comorbidades (Pétala, grifo nosso).

Quando há algum familiar, ou ente querido no mesmo local onde trabalha; em determinadas situações, *o profissional passa a ter uma dificuldade, em certas decisões* (Girassol, grifo nosso).

Para Pétala, as probabilidades de viver um dilema ético na ONR, tem relação com a identificação de que o paciente possui chances de melhora em seu estado clínico, especialmente os mais jovens e aqueles que não possuem doenças de base. O principal objetivo de decidir não reanimar é aliviar os sofrimentos dos pacientes na UTI quando intervenções de ressuscitação cardiopulmonar não são viáveis e daqueles sem possibilidades de melhora.

Para Campagnolli *et al.* (2019), a decisão de não reanimar tem relação com o princípio bioético da não maleficência. Diante do exposto, a ONR só deve ser executada a fim de evitar uma distanásia. Ainda, no depoimento de Pétala, ela afirma que somente os jovens deveriam ser reanimados, embora a Constituição de 1988 prescreva, no Art. 196, que a saúde é direito de todos.

Para Girassol, a possibilidade de vivenciar dilemas éticos emerge quando existe familiar no local de trabalho, ficando difícil de tomar decisões.

Acredito que a possibilidade nessa parte do dilema de tomar a decisão é pouca, porque não vejo a enfermagem sendo consultada nesse momento, apenas comunicada (Rosa, grifo nosso).

Na fala de Rosa, constatou-se ser difícil às enfermeiras vivenciarem esses dilemas, pois não há a participação delas na decisão de reanimação, só é realizada a comunicação. Logo, entende-se que as enfermeiras só acatam a decisão. Essa forma de decisão é considerada um grande problema, pois limita atuação dos enfermeiros em sua prática profissional, uma vez que eles devem ter autonomia, que é um direito do ser humano, e de se autogovernar, exercendo o papel de protagonistas quanto à saúde e enfermidade. Esse é um princípio bioético que deve ser cumprido e respeitado (Barchifontaine; Trindade, 2019).

O limite é respeitar a decisão e a conduta médica (Lótus, grifo nosso).

Diálogo durante a reanimação com o enfermeiro e o médico, nas situações em que vai cessar investimento, e pede para continuar investindo por mais um ciclo ou por um tempo a mais, por exemplo (Lírio, grifo nosso).

Quanto ao limite de não vivenciar os dilemas éticos, Lótus relata ser necessário respeitar o que for imposto pelo médico. Entende-se que essa se torna uma atitude não condizente com os princípios bioéticos e, em especial, com a autonomia. Já Lírio considera importante o diálogo entre enfermeiro e médico no momento da reanimação, para que não cessem a RCP, investindo um pouco mais. Sendo assim, entende-se que essa atitude possibilita não vivenciar dilemas éticos.

De acordo com Medeiros *et al.* (2012, p. 282), “a concepção fenomenológica sheleriana considera que a simpatia ou o amor que se estabelece num relacionamento que permite que se conheça efetivamente a essência do homem e possibilita uma comunicação plena entre as pessoas”. Nesse sentido, percebe-se que o diálogo entre a equipe de saúde permite conhecer as necessidades no momento do cuidar e afasta condutas inadequadas diante do tratamento fútil. Assim, possibilitam o diálogo entre a equipe de saúde, já que isso permite a identificação do momento em que o tratamento está sendo fútil.

Este estudo possibilitou conhecer os dilemas éticos vivenciados por enfermeiras diante da ordem de não reanimar em Unidade de Terapia Intensiva e apontou que as participantes compreendem os dilemas éticos como situações em que é necessário fazer escolhas e que uma opção não se sobrepõe à outra.

Quanto aos dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras frente à ordem de não reanimação, conclui-se que estes estão relacionados à crença de que há possibilidade de o paciente obter resposta terapêutica frente à reanimação cardiopulmonar, o que vai prolongar sua vida, não se optando pela morte. Quando o que determina a não ressuscitação é a idade do doente, independentemente de quantos anos se tenha, deve-se avaliar sua condição e suas chances de melhora para decidir se a ressuscitação será realizada ou não.

Outro dilema ético vivenciado pelas enfermeiras diz respeito à conduta a ser seguida e a se ela vai de encontro aos seus valores morais, indicando sua falta de autonomia, visto que a concentração do poder de decisão cabe ao médico.

Quanto à tomada de decisão, o estudo apontou que ela está relacionada à necessidade de diálogo com a equipe multidisciplinar, em especial com o médico, a fim de se construir um consenso diante da gravidade do quadro clínico do paciente.

No que tange às possibilidades de vivenciar o dilema ético, o estudo apresentou o caso hipotético de um paciente jovem, sem doenças de base, que possui chances de melhora em seu estado clínico e, mesmo assim, tem ordem para não reanimar, mesmo com a presença de familiares na unidade de trabalho, o que dificulta a tomada de decisão. Quanto ao limite para não vivenciar o dilema ético, a enfermeira respeita a decisão do médico para não reanimar.

No que se refere às dificuldades encontradas para a realização da pesquisa, a principal foi a escassez de artigos e demais publicações pertinentes à temática. Em relação às facilidades, aponta-se a destreza e a comunicação com os participantes do estudo.

Conclui-se que esta pesquisa tem grande valia para os profissionais e estudantes da área da saúde, pois proporciona conhecimentos acerca dos dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras frente à ordem de não reanimação em Unidade de Terapia Intensiva.

Referências

- BANDEIRA, A. G. J. *et al.* Ordem de não reanimar em países latino-americanos. *In: ANAIS DE MEDICINA*, 1., 2014, Joaçaba. *Anais [...]*. Joaçaba, p. 42-44, 2014. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/anaisdemedicina/article/view/4683/2308>. Acesso em: 25 abr. 2021.
- BARCIIFONTAINE, C. P.; TRINDADE, M. A. Bioética, saúde e realidade brasileira. *Revista Bioética*, v. 27, p. 439-445, 26 set. 2019.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BONFADA, M. S.; PINNO, C.; CAMPONOGARA, S. Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, v. 12, n. 8, p. 2235, ago. 2018.
- BONFADA, M. S. *et al.* Autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. *Enfermagem Brasil*, v. 17, n. 5, p. 527-534, nov. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Constituição Federal (Artigos 196 a 200)*. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/outras-normativas/constituicaoefederal.pdf/view>. Acesso em: 23 jun. 2022.
- BRISTOT, R. B.; CERETTA, L. B.; SORATTO, M. T. Conflitos éticos da equipe de enfermagem no processo de trabalho na atenção básica. *Enfermagem Brasil*, v. 16, n. 1, p. 11-19, 2017. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/899>. Acesso em: 23 jun. 2022.
- CAMPAGNOLLI, M. *et al.* Percepção e dilemas éticos frente à decisão de não reanimação cardiopulmonar. *Nursing*, São Paulo, v. 22, n. 258, p. 3342-3347, nov. 2019.
- CAMPOS-CALDERÓN, C. *et al.* Interventions and decision-making at the end of life: The effect of establishing the terminal illness situation. *BMC Palliative Care*, v. 15, n. 91, p. 1-11, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0162-z>. Acesso em: 9 jun. 2022.
- COGO, S. B. *et al.* O profissional de Enfermagem diante do processo de morte e morrer do doente em fase final de vida. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p. e764974752, 11 jun. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 564/2017*. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-5642017_59145.html. Acesso em: 5 set. 2021.
- COSTA, R. L. M.; SANTOS, R. M.; COSTA, L. M. C. The professional autonomy of nursing in pandemic times. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, n. especial, 2021.
- COSTA, S. P. *et al.* Enfermeiro no âmbito da gerência na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Gestão e Saúde*, v. 21, n. 1, p. 23-33, 2019.
- DONÁ, V. C. L. Dilema ético na atuação profissional ambiente educacional em foco. *Revista Científica FESA*, v. 1, n. 7, p. 157-166, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29327/232022.1.7-13>. Acesso em: 15 abr. 2022.

- FILHO, B. F. S. *et al.* Autonomia do enfermeiro no cuidado à pessoa com lesão crônica. *Revista Bioética*, v. 29, n. 3, p. 481-486, 2021.
- ISMAEL, D. L. O. *et al.* Dilemas éticos vivenciados na prática dos profissionais enfermeiros. *Anais Eletrônico CIC*, v. 17, n. 1, 26 set. 2019. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/cic/article/view/414/>. Acesso em: 25 maio 2022.
- LIMA, A. M. N. *et al.* Focos e intervenções de enfermagem promotoras da autonomia dos idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, n. 23, maio 2022.
- MEDEIROS, M. B. *et al.* Dilemas éticos em UTI: contribuições da teoria dos valores de Max Scheler. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 2, p. 276-284, abr. 2012.
- MELO, A. C. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem acerca dos dilemas éticos em uma instituição pública de saúde. *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem*, v. 2, n. 2, jun. 2016. ISSN 2448-1203. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1160/933>. Acesso em: 16 nov. 2021.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NOGUEIRA, E. C.; MONTEIRO, T. G.; SANTOS, T. V. S. Aspectos éticos e legais da ordem de não ressuscitar – percepção do enfermeiro. *Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente*, Aracaju, v. 3, n. 3, p. 39-48, jun. 2015. Disponível em: <http://scribd.com/document/492221886/ASPECTOS-ETICOS-E-LEGAIS-DA-ORDEM-DE-NAO-RESSUSCITAR-PERCEPCAO-DO-ENFERMEIRO>. Acesso em: 5 set. 2022.
- NORA, C. R. D. *et al.* Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 25, n. 2, p. 1-9, set. 2015.
- OLIVEIRA, H. C. *et al.* Ordem de não reanimação em tempos da COVID-19: Bioética e ética profissional. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, n. 12, maio 2021.
- OUCHI, J. D. *et al.* O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Rev Saúde em Foco*, v. 10, p. 412-428, 2018.
- PAIXÃO, Q. L. *et al.* Dilemas éticos vivenciados na unidade de terapia intensiva diante da parada cardiorrespiratória: percepção dos enfermeiros. In: CONGRESSO VIRTUAL DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 6., 2017, São Paulo. *Anais [...]*. São Paulo: CONVIBRA, 2017. Disponível em: <https://convibra.org/publicacao/14083/>. Acesso em: 27 jul. 2022.
- PAIXÃO, Q. L.; BATISTA, M. M. C. M.; OLIVEIRA, M. A. N. Dilemas éticos vivenciados pela equipe de enfermagem no cuidado perioperatório frente às iatrogenias. *Brazilian Journal Of Development*, v. 7, n. 2, p. 17123-17142, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n2-372>. Acesso em 10 mar. 2025
- PEDRO, A. P. Ética, mora, axiologia e valores: confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum. *Kriterion: Revista de Filosofia*, Belo Horizonte, v. 55, n. 130, p. 483-498, dez. 2014.

PEREIRA, B. A. *et al.* O profissional enfermeiro frente ao processo de morte na unidade de terapia intensiva em meio à pandemia da covid 19: revisão integrativa. *Revista Saúde em foco*, v. 12, p. 318-329, 2021.

PRIOR, T. C. P. *Intencionalidade dos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica com decisão de não reanimar*. 2017. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2017. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>. Acesso em: 27 jul. 2022.

SANTOS, É. I. *et al.* Autonomia profissional e enfermagem: representações de profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 1, 2017.

SILVA, F. G. *et al.* A ética e a moral na assistência de enfermagem. *Revista Includere*, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufersa.edu.br/includere/article/view/7381>. Acesso em: 12 maio 2022.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. *Cienc Cuid Saude*, Curitiba, out./dez. 2010. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13824/7190>. Acesso em: 8 abr. 2021.

ZANDOMENIGHI, R. C.; MARTINS, E. A. P. Análise epidemiológica dos atendimentos de parada cardiorrespiratória. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, v. 12, n. 7, 3, jul. 2018, Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230822>. Acesso em: 8 abr. 2021.

Capítulo 9

Deliberação moral para a prática de enfermeiras em emergências no cenário da COVID-19: reflexão Bioética

*Simone da Silva Oliveira
Mariana Oliveira Antunes Ferraz
Layse Kelle Silva Lirio
Rosangela Rodrigues Lima
Darci de Oliveira Santa Rosa*

O ano de 2020 foi marcado por mudanças no rumo das perspectivas e projeções da vida em sociedade. No panorama mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciava um novo coronavírus e declarava a Emergência de Saúde Pública. O planeta vive assim, uma crise sanitária que repercute nas questões éticas e humanas, tendo em vista a identificação frequente do número de casos por países, estados e cidades (Nascimento-Junior *et al.*, 2020).

Cientes, também, que a interiorização da saúde não acompanhou o avanço tecnológico e a expansão de leitos de UTI, é notório que há um elevado número de hospitais de pequeno porte que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se, ainda, a concentração das estruturas de pequeno porte no interior, como ocorre predominantemente na região do Nordeste, sendo esta uma estrutura estratégica para o acesso ao internamento em municípios de pequeno porte (Ugá; Lopez, 2007; Albuquerque *et al.*, 2017). No entanto, esse cenário favorece a saturação do sistema de saúde e alerta para as dificuldades no acolhimento das necessidades dos casos graves e com potencial de gravidade das pessoas com a COVID-19, provocando o tensionamento de questões éticas na prática do cuidar.

Para além da distribuição de equipamentos de saúde, existem estudos que apontam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2017; Noronha *et al.*, 2020), impactando na garantia do direito ao cuidado à saúde e influenciando o processo de trabalho dos profissionais que atuam em linha de frente do atendimento às pessoas com COVID-19, destacando as enfermeiras que atuam nas unidades de urgência e emergência.

Neste contexto, para uma situação pandêmica diante da ética da vida, o neologismo da Bioética, nascido no século XX, traz luz à Bioética clínica, que assume uma prática concreta e auxilia na identificação de problemas éticos e na ponderação de estratégias para a resolução dos mesmos na

prática assistencial, em especial em situações de atendimento em massa, desastres e pandemias (Beca, 2010).

Pensando na proposta da Bioética deliberativa, o processo de deliberar sobre uma situação da prática clínica prossegue por meio da análise, da discussão argumentativa e da resolução de um problema através de um processo da tomada de decisão. O foco da deliberação moral são os problemas éticos vivenciados, tendo em vista a composição moralmente pluralista do cotidiano dos profissionais da saúde.

Assim, o cerne das questões Bioéticas no cenário da pandemia da COVID-19 é aparente e traz à tona, além da necessidade de preparo dos equipamentos de saúde, a atuação de profissionais com sensibilidade moral para a identificação precoce de problemas éticos nos serviços de emergência, potencializando práticas de cuidado das enfermeiras que proponham a preservação da dignidade humana frente à pandemia. Por se questionar a melhor maneira de apoiar as micro decisões dessas profissionais, nos cenários de urgência e emergência, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre os problemas éticos no contexto da COVID-19 e a aplicação da Bioética Deliberativa proposta por Diego Gracia, para fundamentar a tomada de decisão das enfermeiras.

Estudo reflexivo realizado no período de janeiro a fevereiro de 2022, fundamentado na Bioética Deliberativa como referencial teórico-metodológico e apoiado no levantamento da literatura sobre o atendimento em emergências e as questões éticas no contexto pandêmico.

Discussões sobre a pandemia, aspectos bioéticos e o método deliberativo nos cenários de emergência poderão contribuir como balizadores do agir ético das enfermeiras em situação de crise e aludir estratégias para a tomada de decisão responsável, valorando o respeito à vida e à dignidade humana no âmbito dos serviços de emergência.

Bioética na prática da enfermeira em cenários de emergência frente à pandemia da COVID-19

A chegada da COVID-19 no país e as limitações estruturais locais retratam as necessidades de cuidados e condutas apoiadas em humanidades nos serviços de emergência, aqui considerado o componente hospitalar, um serviço que disponibiliza atendimento imediato à população em situações agudas, visando à recuperação da saúde e à reversão de agravos de diversas naturezas.

A estrutura deste serviço, equipado com parque tecnológico e diversidade de atendimentos, classifica-se conforme a complexidade e dispõe de enfermeiros que dialogam com sua equipe no campo assistencial. Os enfermeiros, diante de uma consciência moral frente aos fatos problemáticos, podem criar espaços de diálogo para a análise dos casos e a tomada de decisões éticas individuais e coletivas.

É válido destacar que a amplitude da crise sanitária pode fazer emergir um vasto campo de questões éticas na prática da enfermeira (Peres *et al.*, 2020). Assim, para a enfermeira, o contexto da COVID-19 delineou um panorama diferenciado do cuidado, exemplificando-se em situações que há necessidade de seguir determinações clínicas diante da carência de recursos; partilhar decisões em que alguns pacientes terão recursos de manutenção da vida, enquanto para outros estes serão negados; e de ter sua prática limitada pelas circunstâncias da pandemia ou por protocolos institucionais rígidos, porém necessários ao controle da doença, como as limitações em proporcionar conforto ao paciente

e à família nos últimos momentos de vida (Venema *et al.*, 2019). Estas situações potencializam a ocorrência de problemas éticos nos serviços de emergência.

Os problemas éticos podem emergir em diversas situações, tais como: diante das decisões terapêuticas; do envolvimento de distintos familiares nas tomadas de decisões; na recusa de atendimento e na realização de exames para apoio diagnóstico pelos usuários e/ou familiares; quando há o subdimensionamento dos profissionais de enfermagem em serviço e escassez de equipamento de proteção individual (EPI); e, diante do despreparo das equipes (Motaharifar *et al.*, 2017). Esses problemas, nos cenários de emergência durante a pandemia, caracterizados por tensionamento de valores e deveres, são vivenciados pelas enfermeiras, o que traz à tona divergências sobre as condutas que demandam a prática deliberativa, em busca de resoluções práticas prudentes.

Aqui, justificam-se algumas pontuações necessárias sobre a demarcação da ética da responsabilidade em contextos que apresentam limitações de recursos, bem como a presença de valores e deveres em conflitos, os quais levam a problemas na perspectiva ética, moral e da Bioética clínica no espaço de cuidado das enfermeiras.

As situações extremistas, já discutidas como decisão utilitarista, fazem prevalecer o princípio da beneficência, que nem sempre consegue atender às questões éticas emergentes na prática do cuidado em situação de crise. Qualquer que seja a decisão adotada, princípios serão rompidos e preferenciados, provocando estressores entre os envolvidos (Peres *et al.*, 2020).

É sabido que, nas unidades de emergência, faz-se necessária a atuação da enfermeira com criticidade e juízo clínico frente ao paciente com sinais da COVID-19, requerendo a tomada de decisão a partir de uma avaliação caso a caso. No entanto, situações distintas e não controladas por protocolos vigentes na prática clínica podem ocorrer, fazendo imperar a necessidade de decisões éticas razoáveis que transcendem as normativas da prática clínica.

Partilhando os problemas éticos à luz da Bioética clínica, que decorrem das situações específicas do cuidado em pandemia nas unidades de emergência, pode-se destacar, ainda, que a escassez de recursos é um dos pontos fundamentais em crises sanitárias profundas, geradoras de conflitos. Entretanto, propõe-se um olhar amplo e contínuo que favoreça a avaliação da situação individual e coletiva, circunscrita na pandemia, que favoreçam decisões prudentes e partilhadas entre os membros da equipe de saúde.

Neste sentido, a deliberação moral, proposta pelo bioeticista e psiquiatra espanhol Diego Gracia como um método democrático, emancipatório, dialógico e de aprendizagem, pode ser um caminho para discussões prudentes que orientam a condução de momentos futuros. A abertura de espaço dialógico, frente à situação sanitária atual, pode favorecer decisões com ocorrências menores de ações polarizadas.

Assim, torna-se imperioso considerar os valores em conflito que podem estar implicados nos principais problemas éticos vivenciados nas situações de crise sanitária, como no contexto da COVID-19.

Quando se analisa os fatores relacionados à expansão da contaminação pela COVID-19, as respostas dos sistemas de saúde à exposição e transmissão do vírus e a capacidade de trabalho dos profissionais frente à deliberação dos problemas éticos são algumas das preocupações que também incidem na emergência de saúde pública. O que decidir? Como deliberar? Essas questões incidem em uma abordagem moral da prática da enfermeira, quando se delinea em “o que eu devo fazer?”.

Mediante uma situação de crise no sistema de saúde, essa questão, por vezes, recorrentes na prática profissional, deve ser considerada como uma necessidade de amparo ao profissional, refletindo na qualificação do cuidado.

Neste sentido, as enfermeiras, diante de vivências de práticas divergentes, sem parâmetros para a tomada de decisão ou cuja deliberação não é apoiada em âmbito institucional, estão vulneráveis a situações geradoras de conflitos que promovem comportamentos no exercício profissional e demandam um processo decisório. No contexto da pandemia, atuar em meio à tensão torna-se um fator propulsor de ações precipitadas, com potencial dano ao usuário.

A proposta de repensar o agir da enfermeira e a tomada de decisão ética em tempos de pandemia da COVID-19, à luz da Bioética clínica, proporciona discussões concretas sobre a prática dos profissionais que estão na linha de frente, incumbidos da execução de um cuidar diferenciado em processos desiguais, inesperados, provocador de medos e desencadeador de angústias individuais e coletivas.

Aplicação da deliberação a partir de um fato ocorrente na prática das enfermeiras nos serviços de emergência em situação de pandemia

A pandemia COVID-19 chamou a atenção para o sofrimento humano incomensurável e para as questões éticas e bioéticas únicas que desafiam os sistemas de saúde, os profissionais da saúde, os pesquisadores, os pacientes, as famílias e diversas comunidade (Ulrich; Anderson; Walter, 2020). Torna-se desafiador, para a enfermeira, dirigir o olhar a uma coletividade no cenário de emergência, considerando os valores individuais e coletivos que estão sob ameaça.

Na vida moral há um encadeamento de fatos, valores e deveres que são essenciais à problematização dos diversos cursos de ação na situação em conflito. Para tanto, pode-se considerar a reflexão sobre um caso descrito em documentos publicados na mídia (Carvalho, 2020), selecionado de forma aleatória ao se pesquisar os problemas enfrentados pelos profissionais nos serviços de saúde no atendimento aos pacientes com COVID nos municípios do interior. Após a elaboração de uma síntese, passa a ser apresentado:

[...] usuário, acolhido em unidade de pequeno porte situado em um interior do país, com sintomas de desconforto respiratório e resultado de teste rápido positivo para COVID-19. Foi avaliado pela equipe e classificado com o critério de transferência para unidade de atendimento terciário, porém houve recusa dos familiares (Carvalho, 2020).

A proposta de apresentar este caso é conduzida na perspectiva de exemplificar situações que ocorrem na prática assistencial e de levantar as possibilidades de conduções guiadas pela estrutura proposta pela Bioética Deliberativa. O estudo a partir de um caso possibilita a integração de outras estratégias que fortalecem o desenvolvimento do pensamento crítico (Zoboli, 2016).

Diante deste caso concreto, é válido considerar as dimensões da proposta da deliberação moral: o caso é moralmente problemático? Quais os problemas éticos envolvidos no caso? Quais os valores em conflito implicados no caso? Quais os cursos extremos (opções não desejáveis)? Quais os cursos intermédios e ótimos para a resolução do problema? (Jiménez-Gomez *et al.*, 2019).

Considerando o caso descrito, mesmo sucinto e pouco explorado, propõe-se o exercício da prática deliberativa conforme as etapas descritas abaixo, seguindo um itinerário que contempla a deliberação dos fatos, valores, deveres e responsabilidade (Gracia, 2011; Jiménez-Gomez *et al.*, 2019).

1) Deliberando sobre o fato

O fato é o objeto de observação por qualquer pessoa; é algo objetivo, um acontecimento constatado, sobre o qual se fazem juízos. Os juízos de fato são aqueles que dizem o que, como e por que as coisas são, de forma também objetiva, diferentemente do juízo de valor, quando se submete o fato a uma avaliação de valor de bem ou mal, por exemplo.

Na deliberação dos fatos, há necessidade de:

- Apresentação do caso considerado moralmente problemático pela profissional enfermeira ou demais membros que vivenciaram a situação. É apresentada a história clínica do paciente, com ênfase no histórico de saúde, social, religioso e nas informações necessárias para uma melhor compreensão do caso.
- Esclarecimento de informações que possam suscitar dúvidas quanto ao histórico. Há necessidade de compreender o caso, pois quanto mais se aprofunda nesta etapa, menor é o risco de comprometer a decisão, que versará pela prudência.

2) Deliberando sobre os valores

Na sociedade, os valores se referem a características que se estimulam em prol de um valor mais profundo — o bom ou o bem — e que são influenciados pelos sentimentos emergidos na vivência de um fato. Os valores são estimados, apreciados e valorados (Gracia, 2001).

Para a etapa de levantamento dos principais problemas éticos encontrados no caso, realizar questionamentos facilita a percepção de possíveis problemas morais. Tendo em vista a responsabilidade dos familiares quanto à saúde do paciente, como respeitar a decisão da família, mesmo estando ciente do risco de morte do usuário? Até que ponto a falta de recursos na unidade hospitalar de pequeno porte pode contribuir para a manutenção da vida do usuário? Até que ponto a enfermeira, como membro de equipe, deve respeitar o direito de escolha da família sem o conhecimento da vontade do usuário sobre cuidados a sua saúde? Até que ponto o transporte do paciente grave com COVID-19 para unidade de maior complexidade pode impactar na assistência ao usuário? Até que ponto a permanência de um paciente crítico em uma unidade sem suporte pode comprometer o seu prognóstico? Até que ponto a escassez de recursos limita a ação de cuidado? Percebe-se, pelas questões, que a sua formulação deve evitar respostas binárias (sim/não), promovendo uma reflexão sobre a responsabilidade dos envolvidos.

Diante do cenário descrito, propõe-se:

- Problema ético elegido como principal para a condução da equipe: Tendo em vista a corresponsabilidade dos familiares quanto à saúde do paciente, como respeitar a decisão da família, mesmo estando ciente do risco de morte do usuário?
- Valores em conflitos no caso: Responsabilidade profissional e respeito à autonomia dos familiares.

No trabalho da enfermeira, destaca-se que é necessário o desenvolvimento da comunicação terapêutica e da escuta qualificada.

3) Deliberando sobre os deveres

Os deveres, na experiência moral, têm o intuito de fazer com que os valores se insiram na prática. Por isso, os três eixos — fatos, valores e deveres — são fundamentais no processo da

deliberação, quando se propõe um curso realizável de ações do cuidado, sendo que, para isso, deve-se ter claro o dever ideal e os deveres com suas ações e possibilidades de realização.

- Cursos extremos previstos para o caso: manter o usuário com diagnóstico de COVID-19 na unidade de pequeno porte ou transferi-lo, sem o consentimento da família, para unidade de maior complexidade;
- Cursos intermédios: dialogar com os familiares sobre os riscos para o usuário decorrentes da permanência na unidade sem a devida estrutura para o cuidado necessário em casos de maior complexidade; acolher o responsável imediato pelo usuário e informá-lo sobre a necessidade da transferência inter-hospitalar; utilizar estratégias para fortalecer o vínculo com a família, fornecendo informações claras e precisas, ressaltando os sinais de gravidade em casos de COVID-19; informar sobre a responsabilidade dos familiares pela não realização da transferência do usuário por meio da assinatura de um termo institucionalizado de recusa, após o devido esclarecimento do fato; discutir com os membros da equipe sobre o direito de escolha do usuário, na sua incapacidade, de seus familiares;
- Curso ótimo: acolher o usuário e mantê-lo sob medidas de suporte à vida até a indicação e realização da transferência inter-hospitalar; planejar ações, organização e precaução para a realização do transporte inter-hospitalar em casos de usuários com suspeita ou confirmação de COVID-19; acionar o responsável legal pelo usuário, informá-lo e orientá-lo quanto aos riscos oriundos da não realização do transporte, tendo em vista a necessidade de cuidados de maior complexidade; caso os familiares recusem a transferência, orientá-los sobre os riscos oriundos da contaminação por COVID-19 e levá-los a refletir sobre as consequências da decisão para a saúde do usuário. Como último recurso, solicitar a assinatura do termo de recusa de atendimento e registrar o fato em prontuário, com a anuência de toda a equipe responsável.
- Em médio e longo prazo, prevendo à prevenção da ocorrência dos problemas éticos no contexto da pandemia: promover discussões internas com a equipe multiprofissional da emergência sobre a implementação de protocolos para transferências inter-hospitalares de contingência em situação de pandemia; estruturar estratégias de qualificação profissional para o manejo de pacientes graves com suspeita ou confirmação de COVID-19; articular com a vigilância epidemiológica e atenção primária local o monitoramento e rastreamento precoce dos familiares assintomáticos, dos casos suspeitos/confirmados e dos grupo de risco; estimular prática de orientações à população sobre o risco sanitário e as medidas de controle e prevenção do agravo. Daqui, há destaque para as competências ético-morais da enfermeira no processo de cuidar, propondo razoabilidade e diálogo frente às decisões.

4) Deliberando sobre as responsabilidades

- Provas de consistência: faz-se necessário a submissão do curso ótimo escolhido à comprovação da consistência por meio da prova da legalidade (esta decisão é lícita), da publicidade (defenderia publicamente a decisão tomada?), e da temporalidade (tomaria a mesma decisão caso tivesse mais tempo para decidir?), tendo em vista a comprovação do curso de ação ótimo adotado (Gracia, 2011; Jiménez-Gomez *et al.*, 2019).
- Decisão final: O profissional que vivenciou o caso deve decidir sobre o processo deliberativo proposto.

Sabe-se que a deliberação não é um processo natural, mas de natureza moral, que impõe a autoeducação, a humildade, o respeito mútuo, a cooperação e o compromisso (Gracia, 2011). Com a prática deliberativa, há sempre caminhos para o desenvolvimento da sensibilidade moral, do comportamento ético e prevenção de distresse moral na sua prática cotidiana.

A ação de deliberar converge com a competência ética e a efetividade das relações na tomada de decisão, visto que conduz um movimentar-se com possibilidades para um agir pautado no exercício da autonomia e na transformação de valores que fortalecem o exercício profissional da enfermeira (Oliveira *et al.*, 2021).

O estudo apresenta limitação por pautar um fato concreto, ocorrido em um contexto específico, não agregando condições de generalização para as ocorrências cotidianas.

No entanto, considera-se que as contribuições advindas do uso de estratégias, através de práticas deliberativas aqui propostas, a partir do reconhecimento precoce dos problemas éticos como fatores que predisõem o sofrimento moral dessas profissionais na linha de frente da atenção em situação de pandemia, incidem em favorecer uma prática de enfermagem dialógica, promotora de cuidado pautado na sensibilidade ética e alicerçada na dignidade humana.

Se há um encontro para a abertura de um leque de possibilidades para as melhores decisões pautadas pela Bioética clínica — que se configura, neste artigo, no interesse declarado de trilhar caminhos de reflexão sobre os desafios bioéticos enfrentados por enfermeiras em tempo de pandemia e o percurso deliberativo sobre ações mais prudentes e justas —, a intencionalidade de buscar modos de superação, com discussões abertas sobre a pandemia, traduz uma Bioética pautada na proteção de uma coletividade que já se encontra em uma posição desfavorável, considerando a rede de acesso aos serviços de saúde.

As reflexões aqui apresentadas permitem que as enfermeiras, em serviços de emergência, projetem uma prática que estimule a consciência ética, apoiada por um método que propõe um espaço dialógico com compartilhamento de experiências e reconhecimento de valores individuais e coletivos, possibilitando a transformação de práticas assistenciais e gerenciais no cenário pandêmico.

Propõe-se associar o conhecimento científico, através de uma educação permanente ativa, à propositiva deliberativa como prática das enfermeiras em tempo de crise, bem como promover um cuidado ético às pessoas vítimas da COVID-19 nos cenários de urgência e emergência, fundamentado em relações respeitadas e humanitárias.

Referências

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000–2016. *Ciênc Saúde Colet.*, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BECA, J. P. *Problemas éticos en situaciones de catástrofes*. Santiago: Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo, 2010. Disponível em: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/parral.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CARVALHO, R. *Paciente com Covid-19 recusa atendimento em Limoeiro de Anadia*. Portal Gazetaweb.com, 2020. Disponível em: <https://www.gazetaweb.com/noticias/interior/paciente-com-covid-19-recusa-atendimento-em-limoeiro-de-anadia/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

GRACIA, D. La alianza deliberativa. *Bioética Complutense*, n. 9, p. 4-6, 2011. Disponível em: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2016-02-18-Bolet%C3%ADn%209.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022.

JIMÉNEZ-GÓMEZ, M. A. et al. Reflective and critical thinking in nursing curriculum. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 27, n. e3173, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2861.3173>. Acesso em: 16 jan. 2022.

MOTAHARIFAR F. et al. Translation and psychometric properties of the “ethical conflict in nursing questionnaire: critical care version” in Iran. *Electron Physician*, v. 9, n. 2, p. 3776-3785, 2017. DOI: <https://doi.org/10.19082/3776>. Acesso em: 20 jan. 2022.

NASCIMENTO JUNIOR, B. A. et al. Importance of the Epidemic Curve for Cross-country Comparison of COVID-19 Mortality: A Brief Analysis on Interpreting the Pandemic Numbers. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg*, v. 9, n. 2, p. 120-121, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10030-1276>. Acesso em: 16 jan. 2022.

NORONHA, K. V. M. S. et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. *Cad Saúde Pública*, v. 36, n. 6, e00115320, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>. Acesso em: 20 jan. 2022

OLIVEIRA, S. S. et al. Experiences of the moral deliberation of nurses in mobile pre-hospital care. *Rev Baiana Enferm.*, v. 35, n. e38733, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38733>. Acesso em: 20 jan. 2022.

PERES, M. A. A. et al. Facing up COVID-19: what cannot be relativized in nursing higher education. *Texto Contexto Enferm.*, v. 29, n. e20200236, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0236>. Acesso em: 16 jan. 2022.

SILVA, C. R. et al. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. *Ciênc Saúde Colet.*, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. Acesso em: 20 jan. 2022.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciênc Saúde Colet.*, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232007000400013>. Acesso em: 16 jan. 2022.

ULRICH, C. M.; ANDERSON, E. E.; WALTER, J. K. COVID-19: Advancing Empirical Bioethics Research. *AJOB Empir Bioeth*, v. 11, n. 3, p. 145-147, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/23294515.2020.1785043>. Acesso em: 20 jan. 2022.

VENEMA, E. et al. Personalized Prehospital Triage in Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, v. 50, n. 2, p. 313-320, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.022562>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ZOBOLI, E. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em Bioética. *Rev Iberoam Bioét.*, n. 2, p. 1-19, 2016. DOI: <https://doi.org/10.14422/rib.i02.y2016.006>. Acesso em: 16 de jan. 2022.

Capítulo 10

Sensibilidade moral de enfermeiros na tomada de decisões no contexto da urgência e emergência: revisão integrativa

*Larissa Dantas Ferreira
Mariana Oliveira Antunes Ferraz
Darci de Oliveira Santa Rosa
Deisy Vital dos Santos
Rosinete Souza Barata*

A estrutura moral do indivíduo se desenvolve a partir da sua capacidade de interpretar uma situação e compreender como esta influencia a vida do outro, de entender qual o percurso moral ideal de ação, como determina o que fazer e o modo pelo qual coloca em prática sua decisão (Rest, 1982). Dessa forma, a competência moral do sujeito se constitui como um aspecto relevante para sua prática profissional, por se tratar do exercício do cuidado em saúde, no qual cada situação vivenciada envolve distintos valores, a exemplo dos valores éticos e morais.

Para Nunes (2013), a qualidade da assistência fornecida pelos enfermeiros relaciona-se diretamente à moral deles, pois estes utilizam de conhecimentos e recursos materiais e imateriais para alcançar o melhor benefício para seus pacientes. Essa compreensão é fundamental, uma vez que a competência moral se constitui em componentes, sendo eles: a habilidade de reconhecer o impacto de suas ações sobre outros, a reflexão sobre o que necessita ser feito em dado momento, a deliberação e a tomada de decisão, e a ação em busca do resultado necessário e adequado na situação apresentada. É a partir disso que o profissional estabelece um ciclo de reflexão e ação, cujo estímulo inicial se dá através do reconhecimento das questões éticas e morais do conflito. Destaca-se que esse reconhecimento da situação a ser resolvida e a reflexão dos impactos da decisão tomada sobre o outro trata da sensibilidade moral.

A sensibilidade moral pode ser descrita como a capacidade do indivíduo de reconhecer os aspectos éticos em determinadas situações de conflito, por meio do uso de seus conhecimentos, sentimentos e valores na busca por uma solução apropriada ao problema apresentado, ao mesmo tempo em que considera as singularidades dos indivíduos e compreende as consequências de suas decisões na vida do paciente (Lützen; Nordström; Evertzon, 1995). Assim, entende-se que, quanto mais moralmente sensível o profissional, maior sua confiança na tomada de decisões, o que, conseqüentemente, pode promover uma assistência com maior qualidade (Bagherzadeh *et al.*, 2021).

Todavia, quando se trata do contexto da Urgência e Emergência, há inúmeras situações que podem comprometer a sensibilidade moral dos enfermeiros. Entre essas situações, cita-se: o aumento na carga de trabalho, a pressão vivenciada pelo constante contato com pacientes em risco iminente de morte e sob condições não ideais de tratamento, questões que envolvem relações interpessoais entre equipe de trabalho, a carência de profissionais e o nível de contentamento do enfermeiro perante seu exercício profissional (Caulfield *et al.*, 2022).

Isso, por sua vez, pode afetar a prática profissional das mesmas, pois estudos já demonstraram que um maior nível de estresse pode acarretar em síndrome de *burnout* (esgotamento profissional), prejudicando a qualidade dos cuidados prestados (Muir *et al.*, 2023) e, dessa forma, interferindo na habilidade do profissional em reconhecer problemas com demandas éticas.

Enfermeiros que trabalham no contexto citado podem ter sua autonomia profissional reduzida, levando em conta como o ambiente demanda decisões rápidas. Portanto, tudo isso pode afetar a sensibilidade moral dos trabalhadores no atendimento às necessidades físicas, psicológicas e/ou emocionais de seus pacientes (Abdolmaleki *et al.*, 2019).

Diante dessas considerações, este estudo tem por objetivo identificar as dimensões da sensibilidade moral a partir da análise textual sobre a tomada de decisões de enfermeiros na Urgência e Emergência, com base na literatura científica disponível online.

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, na qual o conhecimento disponível acerca de um tema pode ser sistematizado. Foram previstas seis etapas para o desenvolvimento desta revisão: estabelecimento da questão de pesquisa, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Aplicou-se a estratégia PICO para formulação da pergunta norteadora da pesquisa: “Quais são as dimensões da sensibilidade moral na tomada de decisões dos enfermeiros no contexto da Urgência e Emergência?”. Organizou-se “Enfermeiros” como população (P), “sensibilidade moral na tomada de decisões” como o fenômeno de interesse (I), e “serviços de Urgência e Emergência” como contexto (Co) (JBI, 2014).

A estratégia de busca considerou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), utilizando os termos “Ética em Enfermagem”, “Tomada de decisões”, “Enfermeiras e Enfermeiros” e “Emergências”. Por não se tratar de um descritor estabelecido nas plataformas supracitadas, “Sensibilidade moral” não foi utilizado nas pesquisas nas bases de dados, a fim de evitar a restrição dos resultados. A relação entre a sensibilidade moral e a tomada de decisões no contexto da Urgência e Emergência foi observada através de análise dos estudos selecionados para compor esta revisão integrativa.

As bases de dados definidas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), acessada pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), acessado pelo PubMed; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). O acesso a essas bases de dados foi realizado por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o acesso institucional da Universidade Federal da Bahia (UFBA) na Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: abordar a tomada de decisões no contexto da Urgência e Emergência e apresentar elementos da sensibilidade moral; estar publicado em formato de artigo; e ter disponibilidade na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol. Não houve restrição temporal. Os estudos que não abordaram a população ou contexto de interesse, revisões de literatura, artigos de opinião e editoriais foram excluídos.

A coleta de material aconteceu no dia 26 de novembro de 2021. Foram encontrados 758 estudos, sendo 416 na CINAHL, 305 na MEDLINE, 11 na SciELO, e 26 na LILACS. Esse material foi submetido à plataforma Rayyan, disponibilizado gratuitamente. A plataforma reconheceu 751 artigos, e foram identificadas e excluídas 168 duplicatas. Foi realizada avaliação por pares com uma docente com conhecimento sobre a temática, através de um aplicativo para a seleção e verificação do material que foi analisado para fazer parte desta revisão integrativa de literatura.

A partir da leitura dos títulos e resumos disponíveis (65 artigos), foram selecionados 17 estudos cujo eixo central acorda com a temática desta revisão. Após a seleção do material, a análise consistiu, inicialmente, na identificação dos autores, do país e do ano de publicação, a fim de conhecer os maiores produtores de conteúdo sobre a temática, bem como o crescimento ou diminuição dessa produção com o longo do tempo. Além disso, foram identificados também os objetivos do estudo, os resultados encontrados e as conclusões alcançadas. Os resultados foram submetidos ao software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), que está disponível gratuitamente e possibilita diferentes tipos de análise de dados textuais, interpretados à luz da Teoria da Sensibilidade Moral (Lützen; Nordström; Evertzon, 1995).

Os estudos incluídos na revisão são apresentados no Quadro 1, com informações sobre o ano de publicação, o país do estudo, a autoria e o título. Os resultados desses estudos foram processados em software, visando proceder à análise textual.

Quadro 1 – Estudos selecionados.

(continua)

ANO/LOCAL	AUTORIA	TÍTULO
1998 Inglaterra	FAGAN, D.	Child abuse and neglect: the knowledge and practice of the A&E nurse.
1998 Austrália	CIOFFI, J.	Decision making by emergency nurses in triage assessments.
2002 Estados Unidos	CONE, K. J.; MURRAY, R.	Characteristics, insights, decision making, and preparation of ED triage nurses.
2005 Hong Kong	CHUNG, J. Y.	An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong.
2006 Suécia	ANDERSSON, A.; OMBERG, M.; SYEDLUND, M.	Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions.
2007 Reino Unido	EDWARDS, B.	Walking in - initial visualisation and assessment at triage.
2009 Suécia	GUNNARSSON, B. M.; STOMBERG, M. W.	Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations.
2010 Reino Unido	PARSONAGE, I.	Making clinical decisions in emergency situations.
2013 Suécia	LARSSON, R.; ENGSTRÖM, Å.	Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest.

(conclusão)

2014 Estados Unidos	SANDERS, S.; MINICK, P.	Making better decisions during triage.
2015 Estados Unidos	CLARKE, D. E. et al.	ED Triage Decision-Making With Mental Health Presentations: A “Think Aloud” Study.
2016 Brasil	CARDOSO, L. S; MARTINS, C. F; ROSA, L. S. et al.	The think of nursing in hospital Urgency and Emergency servisse
2018 Estados Unidos	ALBA, B.	Factors that impact on emergency nurses’ ethical decision-making ability.
2019 Suécia	HÖGLUND, E. et al.	The ambulance nurse experiences of non-conveying patients
2020 Inglaterra	RUBIO-NAVARRO, A. et al.	Accountability issues in an English emergency department: A nursing perspective.
2019 Inglaterra	RUBIO-NAVARRO, A. et al.	Decision-making in an emergency department: A nursing accountability model
2020 Irã	ALIAKBARI, F. et al.	Relationship Between Nurses’ Decision-Making Style and Their Disaster Response Competencies.

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

O *software* analisou os 17 artigos selecionados, emergindo 22.389 ocorrências de palavras/termos. Foram extraídas as 26 palavras mais frequentes nos textos, ou seja, aquelas com pelo menos 40 referências, para formar a nuvem de palavras (Figura 1), sendo estas: “paciente” (f=270); “enfermeiro” (f=264); “participante” (f=136); “triagem” (f=129); “experiência” (f=83); “decisão” (f=78); “tomada de decisão” (f=76); “dizer” (f=71); “tempo” (f=64); “vez” (f=56); “prioridade” (f=55); “conhecimento” (f=53); “caso” (f=53); “pessoa” (f=52); “parecer” (f=49); “fator” (f=49); “ver” (f=49); “sentir” (f=48); “situação” (f=46); “problema” (f=45); “ambulância” (f=44); “dever” (f=44); “experiente” (f=42); “enfermagem” (f=41); “profissional” (f=40).

Figura 1 – Nuvem das palavras mais frequentes presentes nos textos incluídos na revisão.



Fonte: Iramuteq (2022).

A partir da nuvem de palavras de maior ocorrência, observou-se que nos estudos selecionados enfatizam a relação entre enfermeiro e paciente, aspectos relacionados à tomada de decisões, bem como questões referentes à triagem em situações de urgência, além de características do profissional. Uma das dimensões da sensibilidade moral faz referência à relação interpessoal; assim, percebe-se que os textos apresentam “enfermeiro” e “paciente” como termos recorrentes, pois suas experiências se relacionam. Sabe-se que a relação entre enfermeiro e paciente é fundamental para uma assistência de qualidade, mas, quando se trata do contexto da Urgência e Emergência, esse relacionamento pode ser fragilizado devido à quantidade de tempo disponível para sua criação, graças ao período de permanência do enfermo na unidade e a grande demanda de atividades exigida do profissional (Baillie, 2005).

A autonomia do enfermeiro nos serviços de triagem ou classificação de risco é um indicativo para que os estudos de tomada de decisão sejam delineados neste campo de atuação. No âmbito da saúde pública brasileira, a triagem e a classificação de risco constituem atividade privativa do enfermeiro, sendo realizadas por um profissional capacitado, conforme Resolução nº 661/2021 do Conselho de Enfermagem. Dessa forma, essa interação é caracterizada tanto pela autonomia conferida ao enfermeiro para conduzir o processo quanto pela sua limitação, pois trata-se de uma interação rápida e programada pela alta demanda de atendimentos. Compreender como esses profissionais tomam decisões, principalmente considerando os aspectos éticos, torna-se essencial para a prática de enfermagem.

Na análise de similitude, que possibilita ao pesquisador identificar coocorrências e conexões entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual dos estudos presentes nesta revisão (Figura 2), as palavras centrais foram “enfermeiro” e “paciente”, bem como a relação entre elas. A partir da palavra “enfermeiro”, destaca-se o termo “triagem”, o qual mantém conexões textuais com “avaliação”, “habilidade”, “tomada de decisão” e “processo”. Isso evidencia como os estudos abordaram a questão profissional do enfermeiro ao lidar com demandas éticas na tomada de decisões no contexto da Urgência e Emergência.

Uma das dimensões da sensibilidade moral, elucidada por Lützen, Nordström e Evertzon (1995), trata da questão da confiança no conhecimento médico e de enfermagem e seu papel na tomada de decisões. Essa dimensão é caracterizada pelo enfoque dado ao embasamento das decisões no conhecimento de enfermagem estabelecido, pois, ainda que os conflitos em situações de risco à vida envolvam questões morais e éticas, qualquer que seja a decisão tomada nesse contexto afetará a condição do paciente, sendo, assim, necessário considerar os aspectos envolvidos no problema.

referem à importância do uso da experiência, dos conhecimentos, dos sentimentos e da intuição no reconhecimento do conflito moral. Com isso, podemos perceber que, à medida que o profissional se depara com problemas envolvendo aspectos éticos, mais sensível ele tende a ser em relação aos elementos morais da situação, e o conhecimento adquirido em cada ocorrência torna-se parte da prática de cuidados e se torna útil para situações semelhantes que ocorram posteriormente. Os profissionais de enfermagem fazem uso da intuição no seu processo decisório (Wilson; Rixon; Brown, 2023), embora seja algo difícil de mensurar e padronizar, pois envolve experiências e questões cognitivas e individuais do sujeito.

A palavra “paciente” estabelece conexões com os termos “condição”, “prioridade”, “necessidade”, “situação”, “tempo”, entre outros. Esses elementos estão presentes em estudos voltados para o contexto de Urgências e Emergências, por se tratar de um âmbito que requer do profissional a seleção e favorecimento de atendimento devido às condições e grau de necessidade emergente, além da inevitável demanda por decisões rápidas.

Há também a conexão de “paciente” com “comunicação”. Essa ligação ocorre devido à importância do processo comunicativo entre enfermeiro e paciente no estabelecimento de um cuidado de qualidade, conforme observado nos estudos presentes nesta revisão. Em situações de risco de vida, o estresse a que tanto o profissional quanto o paciente são submetidos é capaz de afetar a comunicação entre eles e, dessa forma, comprometer a cooperação do paciente durante a prestação dos cuidados (Reblora; Lopez; Goh, 2020). A comunicação prejudicada abala a criação do vínculo entre as partes e, conseqüentemente, afeta todo o atendimento, desde a coleta inicial de informações sobre as necessidades até os momentos de intervenções em saúde. Lützen, Nordström e Evertzon (1995) abordam esse aspecto como uma das dimensões da sensibilidade moral, definida pela autora como “orientação interpessoal”.

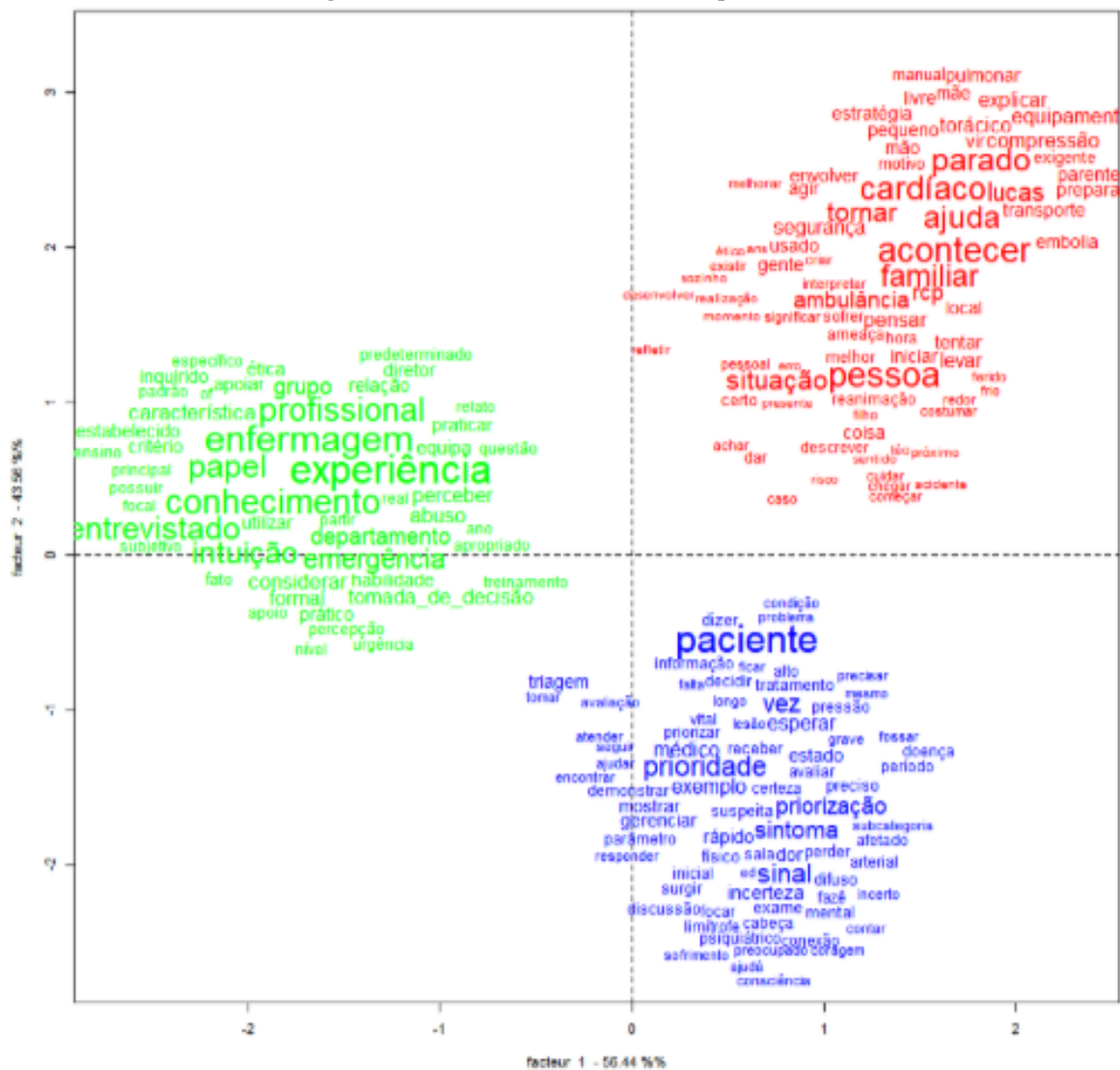
A criação do vínculo com o paciente auxilia o enfermeiro, no contexto emergencial, a lidar tanto com as demandas de saúde quanto com as necessidades emocionais do paciente e de seus familiares presentes no momento da assistência. Um relacionamento de confiança favorece a obtenção de relatos mais específicos, aprimora a percepção do enfermeiro sobre os sinais e sintomas relatados e propicia maior conhecimento acerca das individualidades do paciente, conduzindo a uma tomada de decisões éticas que seja capaz de considerar o paciente como um todo (Blackburn; Ousey; Goodwin, 2019).

Com a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), os termos foram classificados de acordo com a proximidade apresentada nos estudos, percebendo-se a organização em grupos I, II e III. Na área I, pode-se notar o agrupamento, nos estudos incluídos nesta revisão, de aspectos voltados para a questão profissional, isto é, dos elementos relacionados ao enfermeiro na Urgência e Emergência, como “papel”, “experiência”, “conhecimento”, elementos presentes na teoria da sensibilidade moral no contexto de estudo.

Na área II, a partir das palavras agrupadas, percebe-se uma abordagem voltada para a prestação de cuidados em si, ou seja, o ato assistencial, evidenciado pelo agrupamento de palavras que denotam condutas técnicas. Com isso, temos os destaques de palavras como “segurança”, “ambulância”, “situação”, “pessoa”, “reanimação”, “cuidar”, “transporte”, dentre outras.

Na área III, nota-se a associação de palavras com destaque para os termos “paciente”, “prioridade”, “priorização”, “sintoma”, “sinal” e “triagem” entre outras, os quais remetem às questões voltadas para a necessidade do paciente em si e como o enfermeiro lida com situações de risco.

Figura 3 – Análise Fatorial de Correspondência



Fonte: Iramuteq (2022).

Há que se atentar à presença dos termos “ético” e “ética” nos quadrantes superiores, o que remete à necessidade da presença da ética na prática do profissional de enfermagem e na prestação da assistência. Com isso, percebe-se que o enfermeiro utiliza seus princípios e valores morais para tomar decisões nesse contexto.

Relacionado a isso, Lützen e Nordin (1993) estabelecem “Significado moral” como uma das dimensões da sensibilidade moral. Essa dimensão refere-se às formas derivadas do sentido moral das ações e decisões tomadas pelo enfermeiro. Os autores a descrevem como a “capacidade para o conhecimento moral que é exercido em uma situação específica”, ou seja, como uma capacidade que sensibiliza os valores morais que o profissional possui, visando à resolução de um problema. Esse processo de atribuição moral às atitudes e decisões começa com a percepção das dimensões éticas da situação, a compreensão dos elementos capazes de alterar sua relação com o paciente diante de um conflito moral, a consideração das alternativas possíveis e, por fim, a escolha daquela que corresponderá às necessidades do paciente.

Trata-se de uma dimensão que necessita da participação de elementos das outras dimensões estabelecidas por Lützen, Nordström, e Evertzon (1995): a experiência e a intuição, que participam ativamente da avaliação e percepção dos aspectos do conflito (vivência do conflito moral); o relacionamento estabelecido com o paciente, que fundamenta as decisões a serem tomadas (orientação interpessoal); e o conhecimento clínico, que serve como base para escolher a alternativa que traga mais benefícios ao paciente (confiança no conhecimento médico e de enfermagem). Isso acontece, pois, segundo Lützen e Nordin (1993), os enfermeiros tentam “dar sentido moral às suas percepções, intuições, sentimentos, valores pessoais e profissionais, para poder justificar suas ações e decisões”.

Os resultados dos estudos presente nesta revisão integrativa revelam como a sensibilidade moral é utilizada na tomada de decisões de enfermeiros que trabalham no contexto da Urgência e Emergência. Os profissionais, nesse âmbito, vivenciam o conflito moral utilizando seus sentimentos, experiência e intuição para reconhecer as dimensões éticas da situação-problema, recorrem ao seu conhecimento clínico, aos seus valores morais e pessoais, apoiam-se em colegas de trabalho para a tomada de decisões, estabelecem um relacionamento de confiança com o paciente por meio de sua orientação interpessoal e atribuem significado às suas ações e decisões tomadas em prol do maior benefício para os pacientes.

Em ocorrências de risco de morte iminente do paciente, o enfermeiro se submete a uma grande quantidade de estresse devido à sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais e de pessoal, sendo assim, um contexto capaz de gerar esgotamento. Esse esgotamento pode acarretar no surgimento de problemas éticos, sendo necessário que o enfermeiro saiba identificar essas ocorrências, reconhecer seus aspectos causadores e seja capaz de alcançar uma resolução adequada.

Sendo assim, salienta-se a necessidade de estimular a sensibilidade moral desses trabalhadores. Destaca-se, então, a importância de fomentar pesquisas sobre a temática nesse contexto de trabalho, principalmente no Brasil, de forma a difundir maior conhecimento sobre a sensibilidade moral e a compreender suas evidências na prática dos profissionais brasileiros.

Limitações do Estudo

Embora tenha sido possível identificar elementos da sensibilidade moral através da leitura dos artigos, nenhum dos estudos que alcançaram os requisitos de inclusão para esta revisão tinha como foco a relação da sensibilidade moral com a tomada de decisões dos enfermeiros no contexto da urgência e emergência. Além disso, a prevalência dos estudos em países de língua inglesa pode limitar a compreensão de como os aspectos socioculturais influenciam a sensibilidade moral e a tomada de decisões na prática profissional de enfermeiros em outros países.

Referências

ALBA, B. Factors that impact on emergency nurses' ethical decision-making ability. *Nursing Ethics*, v. 25, n. 7, p. 855-866, 10 nov. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733016674769>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ALIAKBARI, F.; GHAEDAMINI, M.; DERIS, F.; MASOUDI, R. Relationship Between Nurses' Decision-Making Style and Their Disaster Response Competencies. *Disaster Medicine And Public Health Preparedness*, v. 16, n. 1, p. 19-24, 23 set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/dmp.2020.225>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ANDERSSON, A-K.; OMBERG, M.; SVEDLUND, M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing In Critical Care*, v. 11, n. 3, p. 136-145, maio 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ABDOLMALEKI, M.; LAKDIZAJI, S.; GHAHRAMANIAN, A.; ALLAHBAKHSHIAN, A.; BEHSHID, M. Relationship between autonomy and moral distress in emergency nurses. *Indian Journal of Medical Ethics*, v. 1, n. 1, p. 20-25, 12 jan. 2019. Forum for Medical Ethics Society. DOI: <http://dx.doi.org/10.20529/ijme.2018.076>. Acesso em: 29 mar. 2024.

BAGHERZADEH, M.; JAFARI, H.; CHARATI, J. Y.; SHAFIPOUR, V. The effect of an empowerment program on the moral sensitivity and caring behaviors of emergency nurses in Iran. *Nurse Education In Practice*, v. 57, p. 103243, nov. 2021. Elsevier BV. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez10.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1471595321002791>. Acesso em: 29 mar. 2024.

BAILLIE, L. An exploration of nurse–patient relationships in accident and emergency. *Accident And Emergency Nursing*, v. 13, n. 1, p. 9-14, jan. 2005. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aen.2004.10.015>. Acesso em: 6 out. 2021.

BLACKBURN, J.; OUSEY, K.; GOODWIN, E. Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing*, v. 42, p. 30-35, jan. 2019. Elsevier BV. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez10.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1755599X18300922?via%3Dihub>. Acesso em: 29 mar. 2024.

CARDOSO, L. S. *et al.* THE THINK OF NURSING IN HOSPITAL URGENCY AND EMERGENCY SERVICE. *J Nurs Uffe On Line*, Recife, v. 12, n. 10, p. 4524-31, dez. 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201613>. Acesso em: 26 nov. 2021.

CAULFIELD, R.; WISEMAN, T.; GULLICK, J.; OGILVIE, R. Factors preceding occupational distress in emergency nurses: an integrative review. *Journal Of Clinical Nursing*, v. 32, n. 13-14, p. 3341-3360, 24 jul. 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16461>. Acesso em: 29 mar. 2024.

CHUNG, J. Y. M. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. *Accident And Emergency Nursing*, v. 13, n. 4, p. 206-213, out. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aen.2005.08.003>. Acesso em: 26 nov. 2021.

CIOFFI, J. Decision making by emergency nurses in triage assessments. *Accident And Emergency Nursing*, v. 6, n. 4, p. 184-191, out. 1998. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0965-2302\(98\)90077-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0965-2302(98)90077-7). Acesso em: 26 nov. 2021.

CLARKE, D. E.; BOYCE-GAUDREAU, K.; SANDERSON, A.; BAKER, J. A. ED Triage Decision-Making With Mental Health Presentations: a “think aloud” study. *Journal Of Emergency Nursing*, v. 41, n. 6, p. 496-502, nov. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.04.016>. Acesso em: 26 nov. 2021.

CONE, K. J.; MURRAY, R. Characteristics, insights, decision making, and preparation of ED triage nurses. *Journal Of Emergency Nursing*, v. 28, n. 5, p. 401-406, out. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1067/men.2002.127513>. Acesso em: 26 nov. 2021.

EDWARDS, B. Walking in – Initial visualisation and assessment at triage. *Accident And Emergency Nursing*, v. 15, n. 2, p. 73-78, abr. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aen.2006.12.008>. Acesso em: 26 nov. 2021

FAGAN, D. Child abuse and neglect: the knowledge and practice of the a & e nurse. *Accident And Emergency Nursing*, v. 6, n. 1, p. 30-35, jan. 1998. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096523029890056X>. Acesso em: 26 nov. 2021.

GUNNARSSON, B.-M.; STOMBERG, M. W. Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*, v. 17, n. 2, p. 83-89, abr. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2008.10.004>. Acesso em: 26 nov. 2021.

HÖGLUND, E.; SCHRÖDER, A.; MÖLLER, M.; ANDERSSON-HAGIWARA, M.; OHLSSON-NEVO, E. The ambulance nurse experiences of non-conveying patients. *Journal Of Clinical Nursing*, v. 28, n. 1-2, p. 235-244, 13 ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14626>. Acesso em: 26 nov. 2021.

LARSSON, R.; ENGSTRÖM, Å. Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *International Journal Of Nursing Practice*, v. 19, n. 2, p. 197-205, abr. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12057>. Acesso em: 26 nov. 2021.

LÜTZEN, K.; NORDIN, C. Structuring Moral Meaning in Psychiatric Nursing Practice. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, v. 7, n. 3, p. 175-180, set. 1993. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.1993.tb00196.x>. Acesso em: 29 jun. 2022.

LÜTZÉN, K.; NORDSTRÖM, G.; EVERTZON, M. Moral Sensitivity in Nursing Practice. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, v. 9, n. 3, p. 131-138, set. 1995. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.1995.tb00403.x>. Acesso em: 7 mar. 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 7 mar. 2023.

MUIR, K. J.; SLOANE, D. M.; AIKEN, L. H.; HOVSEPIAN, V.; MCHUGH, M. D. The association of the emergency department work environment on patient care and nurse job outcomes. *Journal of The American College ff Emergency Physicians Open*, v. 4, n. 5, 28 set. 2023. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez10.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1002/emp2.13040>. Acesso em: 29 mar. 2024.

NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R.; ÁLVAREZ, E. J. S; RAMOS, M. D. B. Sensibilidade Moral e Fatores Relacionados: Percepção de Enfermeiros. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 4, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47410>. Acesso em: 29 mar. 2024.

NUNES, L. Competências morais dos profissionais de enfermagem: “cinco estrelas” revisitadas. In: ENCONTRO ENFERMAGEM CENTRO HOSPITALAR LEIRIA-POMBAL, 8., 2013, Pombal (Portugal). *Anais [...]*. Pombal (Portugal), 2013. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf. Acesso em: 4 nov. 2021.

OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z.; ELMAGARMID, A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, v. 5, n. 1, dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 26 nov. 2021.

PARSONAGE, I. Making clinical decisions in emergency situations. *Emergency Nurse*, v. 18, n. 4, p. 18-21, 9 jul. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/en2010.07.18.4.18.c7902>. Acesso em: 26 nov. 2021.

REBLORA, J. M.; LOPEZ, V.; GOH, Y-S. Experiences of nurses working in a triage area: an integrative review. *Australian Critical Care*, v. 33, n. 6, p. 567-575, nov. 2020. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.005>. Acesso em: 29 mar. 2024.

REST, J. R. A Psychologist Looks at the teaching of Ethics. *The Hastings Center Report*, v. 12, n. 1, 1982. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3560621>. Acesso em: 9 out. 2022.

ROSENGARTEN, L. Teamwork in nursing: Essential elements for practice. *Nursing Management*, v. 26, n. 4, p. 36-43, 29 jul. 2019. Disponível em: [10.7748/nm.2019.e1850](https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1850). Acesso em: 9 out. 2023.

RUBIO-NAVARRO, A.; GARCIA-CAPILLA, D. J.; TORRALBA-MADRID, M. J.; RUTTY, J. Accountability issues in an English emergency department: a nursing perspective. *International Emergency Nursing*, v. 51, p. 100881, jul. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100881>. Acesso em 26 nov. 2021.

RUBIO-NAVARRO, A.; GARCIA-CAPILLA, D. J.; TORRALBA-MADRID, M. J.; RUTTY, J. Decision-making in an emergency department: a nursing accountability model. *Nursing Ethics*, v. 27, n. 2, p. 567-586, 18 jul. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733019851542>. Acesso em: 26 nov. 2021.

SANDERS, S.; MINICK, P. Making better decisions during triage. *Emergency Nurse*, v. 22, n. 6, p. 14-19, out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/en.22.6.14.e1336>. Acesso em: 26 nov. 2021.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). *Reviewers' Manual*: 2014 edition. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/ReviewersManual.pdf>. Acesso em: 9 out. 2022.

WILSON, S.; RIXON, A.; BROWN, C. Non-clinical intuitions and adaptive heuristics in emergency care: a scoping review. *International Emergency Nursing*, v. 71, p. 101371, nov. 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X23001106>. Acesso em: 29 mar. 2024.

Capítulo 11

Aspectos éticos dos registros sobre cuidados às pessoas com hipertensão arterial na literatura de enfermagem

*Cleise Cristine Ribeiro Borges Oliveira
Maria Tarcila Souza Reis de Miranda
Rosângela Rodrigues Lima
Cláudia Geovana da Silva Pires
Darci de Oliveira Santa Rosa*

As informações advindas dos pacientes são fundamentais aos profissionais de saúde visto que permitem compreender o contexto em que cada pessoa cuidada está situada, bem como as subjetividades e as implicações no processo saúde-doença, viabilizando uma assistência multiprofissional de qualidade. No âmbito da enfermagem, torna-se indispensável o exercício de uma comunicação efetiva, pois é a partir dela que é realizada a transmissão dos cuidados prestados, característica essa que favorece a qualidade e a humanização da assistência (Rojahn *et al.*, 2014).

Os registros de enfermagem constituem documentos importantes para toda a equipe multiprofissional de saúde, pois são capazes de direcionar uma assistência de maneira contínua e integral aos pacientes, garantindo qualidade e efetividade, pois, a partir deles, toda a equipe dispõe com facilidade das informações necessárias para a prestação de assistência baseada em um cuidado holístico e continuado para cada paciente (Barreto *et al.*, 2016).

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, por meio da Resolução COFEN 311/2007, é responsabilidade da equipe de enfermagem registrar todas as informações do paciente no prontuário e em documentos específicos da área, informações essas que são inerentes e indispensáveis ao cuidado dos pacientes. É dever da equipe de enfermagem realizar o registro de forma clara, completa e objetiva (COFEN, 2007).

Ao se tratar, especificamente, dos registros de enfermagem a respeito dos cuidados para o controle clínico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em pacientes, é necessário que conste a descrição de dados que fundamentem uma visão holística do paciente, no intuito de instaurar o controle da doença de forma eficaz (Barreto *et al.*, 2016). Sabe-se que a HAS é a doença circulatória mais prevalente mundialmente, estando frequentemente associada a alterações metabólicas que conduzem a um maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares fatais e não fatais, insuficiência renal, entre outras complicações (Malta, 2017).

Os profissionais devem valorizar o acompanhamento e o registro da pressão arterial, mas também se faz necessária avaliação e registro de todos os riscos cardiovascular do paciente (Silva *et al.*, 2017).

Foi definido como objetivo deste estudo: identificar os aspectos éticos dos registros sobre cuidados às pessoas com hipertensão arterial na literatura de enfermagem.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no período de setembro a dezembro do ano 2018, a partir de seis etapas do modelo de revisão integrativa proposta por Botelho, Cunha e Macedo (2011): identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Sendo assim, após a definição do tema e da questão de pesquisa, foram definidos como descritores para a pesquisa: hipertensão (*hypertension*); registros de enfermagem (*nursing records*); e ética em enfermagem (*nursing ethics*), utilizando equações com os booleanos “OR” e “AND” nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e *Public Medline* (PubMed).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês e espanhol, nos últimos três anos, que apresentam a temática do estudo vigente. Como critérios de exclusão, foram descartados artigos em formato de relato de experiência, de revisão de literatura, artigos repetidos e/ou aqueles que não apresentavam relevância para a temática do estudo vigente.

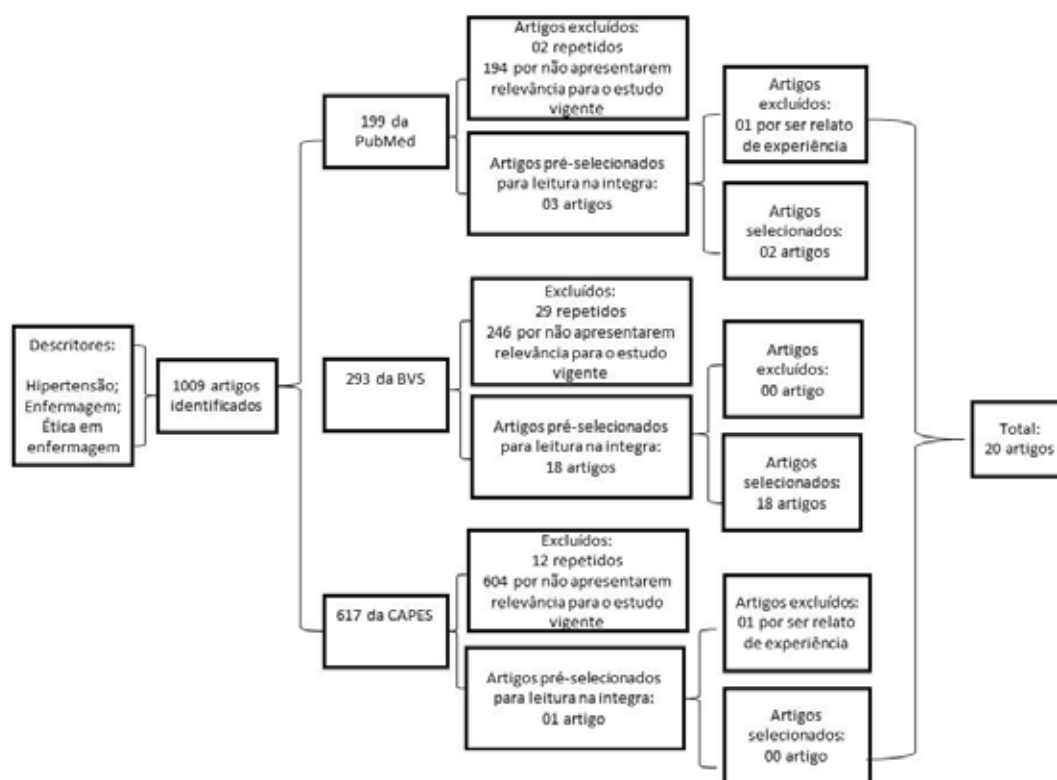
A busca e a seleção dos artigos para inclusão na revisão integrativa foram realizadas de forma independente por cada um dos autores, para que fosse possível superar vieses nas etapas, apresentando uma metodologia rigorosa para seleção dos artigos da revisão.

Inicialmente, foram identificados 1.109 artigos possivelmente relevantes a partir da busca pelos descritores, sendo 199 da PubMed, 293 da BVS e 617 da CAPES. Após leitura de todos os títulos e resumos, dos 199 da PubMed foram excluídos: dois por serem repetidos e 194 por não apresentarem relevância para a temática, restando três artigos. Dos 293 da BVS, foram excluídos 29 artigos repetidos e 246 por não apresentarem relevância para o tema, restando 18 artigos. Quanto à busca na base de dados CAPES, dos 617 artigos foram excluídos 12 por serem repetidos e 604 por não apresentarem relevância para o estudo em questão, restando apenas um artigo, conforme apresentado na Figura 1.

Ao final da pré-seleção dos artigos, obtivemos um total de 22 artigos para serem lidos na íntegra, no intuito de definir os estudos para a revisão integrativa. Após essa leitura completa, foram excluídos dois artigos por serem identificados como relatos de experiência (um da PubMed e um da CAPES). Assim, 20 estudos foram selecionados definitivamente para compor a revisão atual, pois contemplaram todos os critérios de inclusão, sendo 18 estudos da BVS e dois da PubMed.

Foram adotados, como referência para o tratamento dos dados, os passos propostos para realização da análise de conteúdo por Minayo (2008), os quais se estabelecem em três fases: 1ª) organização do material; 2ª) classificação dos dados, com estabelecimento de categorias; e 3ª) análise final.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Portanto, na primeira etapa da análise, foram organizados os artigos conforme abordagem metodológica, sendo elaborados uma matriz contendo a síntese de cada artigo selecionado — primeiro os artigos de abordagem quantitativa, seguidos dos de abordagem qualitativa. Para isso, constaram na matriz os seguintes itens de cada estudo: procedência, título, autores, periódico/ano, abordagem, objetivo geral, principais resultados e considerações finais.

Posteriormente, foi realizada a segunda etapa de classificação e categorização. Os artigos foram categorizados e separados em biblioteca de acordo com o assunto, com o intuito de estabelecer a terceira etapa de análise final, na qual foi desenvolvida a interpretação dos dados e análise crítica, apresentando novas ideias e propondo novos estudos.

Quadro 1 – Características dos artigos selecionados, Bahia, Brasil, 2022

(continua)

N °	Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico/ Ano	Abordagem
1	BVS	Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente	Carvalho <i>et al.</i>	Rev. Gaúcha Enfermagem (2016).	Quantitativa
2	BVS	Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería	Rodríguez <i>et al.</i>	Rev. Cuid. (2016).	Cuantitativa
3	BVS	Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem	Silva <i>et al.</i>	Enferm. Foc. (2016).	Quantitativa

(continua)

N °	Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico/ Ano	Abordagem
4	BVS	<i>Nursing Student Experiences Regarding Safe Use of Electronic Health Records A Pilot Study of the Safety and Assurance Factors for EHR Resilience Guides</i>	Whitt et al.	<i>Computers, Informatics, Nursing</i> (2017).	Quantitativa
5	BVS	Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino	Carneiro et al.	Rev. da Rede de Enferm. do Nordeste (2016).	Quantitativa
6	BVS	<i>Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería</i>	Lopez-Cocotle et al.	<i>Enfermería Universitaria</i> (2017).	Quantitativa
7	BVS	Prática adotada por profissionais de enfermagem para medida indireta e registro da pressão arterial	Mouro et al.	Rev. Min. Enferm. (2017).	Quantitativa
8	BVS	<i>Integrating an academic electronic Health Record: Challeng and success strategies.</i>	Hebert e Connors	<i>Computers Informatics Nursing</i> (2016).	Quantitativa
9	BVS	<i>Nurses' use of power to standardise nursing terminology in electronic health records</i>	Ali e Sieloff	<i>Journal of Nursing Management</i> (2017).	Quantitativa
10	BVS	Registro da pressão arterial em unidade de emergência	Daniel, Machado e Veiga	Revista Einstein (2017).	Quantitativa
11	BVS	<i>The Impact of an Integrated Electronic Health Record Adoption on Nursing Care Quality</i>	Walker-Czyz	<i>The Journal of Nursing Administration</i> (2016).	Quantitativa
12	BVS	<i>Recording signs of deterioration in acute patients: The documentation of vital signs within electronic health records in patients who suffered in hospital cardiac arrest</i>	Stevenson et al.	<i>Health Informatics Journal</i> (2016).	Quantitativa
13	BVS	Qualidade dos registros de enfermagem antes e depois da Acreditação Hospitalar em um hospital universitário.	Nomura, Silva e Almeida	Rev. Latino-Americana de Enferm. (2016).	Qualitativa
14	BVS	<i>Evaluation of Nursing Documentation Completion of Stroke Patients in the Emergency Department A Pre-Post Analysis Using Flowsheet Templates and Clinical Decision Support</i>	Richardson et al.	<i>Computers, Informatics, Nursing</i> (2016).	Qualitativa
15	BVS	<i>Nurses' Experiences of an Initial and Reimplemented Electronic Health Record Use</i>	Chang et al.	<i>Computers, Informatics, Nursing</i> (2016).	Qualitativa
16	BVS	<i>Can Social Cognitive Theories Help Us Understand Nurses' Use of Electronic Health Records?</i>	Strudwick, Booth, Mistry,	<i>Computers, Informatics, Nursing</i> (2016).	Qualitativa
17	BVS	Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais	Borges et al.	Rev. de Enferm. do Centro-Oeste Mineiro (2017).	Qualitativa
18	PubMed	<i>Problems with the electronic health record</i>	Ruiter, Liaschenko e August	<i>Nursing Philosophy</i> (2016).	Qualitativa

(conclusão)

N°	Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico/ Ano	Abordagem
19	PubMed	<i>Nursing Informatics Ethical Considerations for Adopting Electronic Records</i>	Wilburn	<i>National Association of school nurses (2018).</i>	<i>Qualitative</i>
20	BVS	<i>Statewide Study to Assess Nurses' Experiences With Meaningful Use-Based Electronic Health Records.</i>	McBride et al.	<i>Computers Informatics Nursing (2017).</i>	<i>Qualitative</i>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 2 – Objetivos e resultados dos artigos selecionados, Bahia, Brasil, 2022

(continua)

	Objetivo geral	Principais resultados
1	Descrever os termos da linguagem escrita utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente.	Verificaram-se problemas relacionados à identificação do registro; à utilização de nomes comerciais para denominar artefatos utilizados na prática de enfermagem; ao de siglas e abreviaturas não convencionais; e à utilização de termos coloquiais. Encontraram-se registros de termos constituintes de linguagem padronizada dos diagnósticos de enfermagem.
2	<i>Determinar la nivel de adhesión al registro de protocolo de las historias clínicas por el equipo de enfermería auxiliar em una institución de salud de nivel IV de complejidad Institución de Salud.</i>	<i>El nivel de conocimiento de los profesionales y auxiliares de enfermería sobre el protocolo es bueno, con el 61%, seguido por un nivel de conocimiento regular con el 29%. La aplicabilidad es buena en el 14% y el 54% de los profesionales y auxiliares de enfermería tienen aplicabilidad mala del protocolo, y se verificó el llenado inadecuado de los formularios de los prontuarios clínicos. El nivel de adhesión es bueno para el 30% de los profesionales y auxiliares de enfermería.</i>
3	Analisar o conteúdo dos registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes internados em duas instituições hospitalares de Maceió-AL; investigar quais são as contribuições do conteúdo desses registros para a prática assistencial baseada no PE.	Os dados evidenciaram que o conteúdo dos registros é deficiente e não retrata a realidade do paciente, tampouco a assistência de enfermagem prestada. Mesmo se tratando de pessoas que se submeteram a procedimentos cirúrgicos, de pequena até a alta complexidade — como cirurgias de grande porte —, não havia documentação do cuidado prestado.
4	<i>Evaluate electronic health records for optimal use and safety features.</i>	<i>More than 80% of the undergraduate and 70% of the graduate students reported that they experienced user problems with electronic health records in the past. More than 50% of the students felt that electronic health records contribute to adverse patient outcomes. Students reported that many of the features assessed were not fully implemented in their electronic health record.</i>
5	Avaliar a utilização de abreviaturas nos registros de enfermagem de um hospital de ensino, descrevendo o perfil dessas abreviaturas em diferentes setores, turnos de trabalho e categorias profissionais de enfermagem.	Foram identificadas 1.792 abreviaturas, sendo 35,8% não padronizadas. A incidência de abreviaturas foi maior na Unidade de Terapia Intensiva, utilizadas pelos enfermeiros e no período noturno.
6	<i>Descrever a construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería.</i>	<i>Se obtuvo un nivel de cumplimiento del 95.59%. El nivel de cumplimiento del formato Registro Clínico de Enfermería se encontro en un nivel de excelencia, lo que demuestra que el pessoal de enfermería. Realiza todo el proceso evaluado.</i>
7	Identificar quais práticas são adotadas pelos profissionais de enfermagem na medida de pressão arterial, em razão das implicações diagnósticas e prognósticas desse procedimento no controle da HAS.	Os resultados mostraram altos índices de “não realização” (de 93,8 a 100%) das etapas de preparo do paciente para a medida da pressão. A calibração dos equipamentos não era aferida e não havia manguitos disponíveis de tamanhos variados.

Objetivo geral	Principais resultados
8 Identify the organizational barriers and success strategies of the AEHR implementation in the nursing curriculum.	Key organizational success strategies identified by participants used to integrate the included AEHR champion within the program, 100%; administrative support program, 94%; training and support of students, 85%; and college training and support, 80%. Most frequently identified barriers by all participants included faculty training and support, 67%; faculty release time, 64%; access to funding for AEHR resources, 46%; and student training and support.
9 Describe the use of power by nurses to influence the incorporation of standardized nursing terminology in electronic records.	The mean power capability score was moderately high at 134.22 (SD 18.49), suggesting that nurses could use power to achieve the incorporation of standardised nursing terminology within electronic health records. The nurses' power capacity was significantly correlated with their power capability ($r = 0.96$, $P < 0.001$).
10 Analisar a frequência de registros da pressão arterial realizados por profissionais de enfermagem em uma unidade de emergência.	Foram analisados 157 prontuários e realizadas 430 medidas da pressão arterial, com média de três aferições por paciente; 46,5% dos valores obtidos estavam alterados. O tempo médio de admissão até o registro da primeira pressão arterial foi de 2,5 minutos, e de 42 minutos entre as medidas subsequentes. Não foi encontrada correlação entre os valores de pressão arterial sistólica e o intervalo médio de tempo entre os registros da pressão arterial: 0,173 ($p=0,031$).
11 The purpose of this study was to measure the impact of an integrated electronic health record (EHR) innovation adoption on the quality of nursing care delivered, including hospital-acquired falls, hospital-acquired pressure ulcers, ventilator-associated pneumonia (VAP), central line-associated bloodstream infections (CLABSIs), catheter-associated urinary tract infections (CAUTIs), and costs measured in nursing hours.	Incorporating electronic, evidenced-based practice (EBP) tools into bedside nurse's workflow promotes decision making at the point of care that may improve quality with no negative impact on direct cost. The data revealed that total falls, CAUTI, and CLABSI rates were positively impacted after the implementation of an integrated EHR. Hospital-acquired pressure ulcer and VAP rates were negatively impacted at the implementation period followed by a significant positive rate reduction that surpassed the preimplementation period. Cost indicators, measured in hours per patient day and overtime, were negatively impacted during the implementation period followed by a return to baseline. Nurse turnover had a significant increase from the preimplementation to postimplementation period and failed to return to baseline.
12 This study aimed to explore the nurses' perceptions about the use of EHR in everyday practice and how to change the documentation of vital signs.	Total of 35 patients (15%) had no documented vital signs. Just over 30 percent had two or fewer documented vital signs ($n = 76$). Only seven patients had all seven vital signs documented. The percentage of records in which vital signs were recorded at least eleven ranged from 15.8 percent (conscious level) to 78.5 percent (systolic blood pressure).
13 Analisar a qualidade dos registros de enfermagem, comparando o período anterior e posterior ao preparo para a acreditação hospitalar, fazendo o uso do Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes – Versão brasileira (Q-DIO-Versão brasileira).	Houve melhora significativa da qualidade dos registros de enfermagem. Quando avaliado o escore total do instrumento evidenciou melhora significativa em 24 dos 29 itens (82,8%).
14 The primary aim of this performance improvement project was to determine whether the electronic health record implementation of stroke-specific nursing documentation flowsheet templates and clinical decision support alerts improved the nursing documentation of eligible stroke patients in seven stroke-certified emergency departments.	A total of nine outcome measures were evaluated including six for the stroke management goals and three for the clinical decision support alerts, which included the NIH Stroke Scale, frequent neurological checks, and dysphagia screening. The preintervention data phase ran from November 19, 2013, to May 19, 2014 ($n = 2293$). The postintervention data phase ran from May 20, 2014, to November 20, 2014 ($n = 2588$). Both data sets included patients with a diagnosis of either ischemic or hemorrhagic stroke from seven stroke-certified EDs.

(conclusão)

Objetivo geral	Principais resultados
15 <i>The purpose of the present study was to examine the perspective of nurses from paper to EHR use and to explore the adoption process of an EHR system in different implementation stages: the initial implementation stage and postimplementation stage (with 1-year aborted system).</i>	<i>Content analysis was performed to analyze the interview data, and six main themes were derived, in the first stage: (1) liability, work stress, and anticipation for electronic health record; (2) slow network speed, user-unfriendly design for learning process; (3) insufficient information technology/ organization support; on the second stage: (4) getting used to electronic health record and further system requirements, (5) benefits of electronic health record in time saving and documentation, (6) unrealistic information technology competence expectation and future use.</i>
16 <i>The aim of this article is to explore how the use of these social cognitive theories may assist organizations implementing electronic health records to facilitate deeper-level adoption of this type of clinical technology.</i>	<i>Social cognitive theories such as the Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behaviour, and the Technology Acceptance Model have been developed to explain behavior.</i>
17 Compreender a importância das anotações no prontuário do paciente para a equipe de enfermagem; analisar as implicações profissionais e institucionais dos registros de enfermagem.	A equipe de enfermagem significou o respaldo que as anotações de enfermagem conferem tanto em âmbito profissional quanto institucional. Contudo, os participantes demonstraram em suas falas desconhecimento quando interrogados sobre as legislações e/ou documentos que fundamentavam os registros.
18 <i>Was to understand how the EHR impacted clinicians and administrators in a large, urban hospital in the United States.</i>	<i>In this study, we have attempted to show that the EHR is changing the organization of health care work resulting from a realignment of interests such that institutional priorities have priority over clinician and patient-based priorities. This shift has undoubtedly resulted in beneficial effects, but there have been unintentional and contested consequences.</i>
19 <i>Explore how the use of social cognitive theory can support organizations in using the EHR, by generating a better differential understanding and use of clinical technology by nurses.</i>	<i>Lead nurses must work to ensure that student information is protected and that any chosen system complies with privacy laws.</i>
20 <i>To evaluate the changing health technology environment in Texas, in particular the nurses' satisfaction with the use of clinical information systems.</i>	<i>Exploratory factor analysis revealed that variables of the Meaningful Use Maturity-Sensitive Index and Clinical Information System Implementation Evaluation Scale show strong interrater reliability, with Cronbach's α scores of .889 and .881, respectively, and thereby inform the survey analysis, indicating and explaining variations in regional and institutional trends with respect to satisfaction.</i>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os registros realizados pelos profissionais de enfermagem representam a comunicação entre o profissional e o paciente, trazendo informações pertinentes para o planejamento dos cuidados a serem prestados, ou seja, para construção do processo de enfermagem. Portanto, devem ser elaborados com clareza, de forma objetiva, fornecendo informações completas sobre o quadro de saúde do paciente, servindo como suporte para monitorar, planejar e avaliar cuidados contínuos e integrais aos pacientes (Gomes *et al.*, 2016; Borges *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2016).

Sendo assim, Borges *et al.* (2017) afirma que registros em não conformidades, seja por falta de informações ou por dados não fidedignos, impedem a construção do processo de cuidado ao paciente, dificultam a troca de informações entre a equipe multidisciplinar e inviabilizam o cuidado integral e contínuo.

Gomes *et al.* (2016) revelam que existe uma preocupação com os registros de enfermagem, relacionada aos diversos termos que são empregados na escrita pela equipe, os quais dificultam a interpretação das informações e impossibilitam a tomada de decisões embasadas no contexto do

que foi registrado. O registro de enfermagem não pode ser visto pelos profissionais apenas como um documento burocrático, mas sim como uma responsabilidade. Ter consciência, embasada na ética profissional, da importância dos registros e das consequências do não registro e/ou registro incorreto é essencial para a saúde do paciente.

Do ponto de vista da Bioética e da deontologia, a equipe de enfermagem deve submeter-se à lei que rege a profissão, assumindo a elaboração dos registros do processo de trabalho e das histórias clínicas corretamente. Pois, se os cuidados de enfermagem não são documentados de forma devida, eles não servem para a assistência contínua e integral do paciente (Rodriguez *et al.*, 2016).

Borges *et al.* (2017) destacam que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem institui aspectos éticos e legais para a prática no trabalho, os quais exprimem que a equipe de enfermagem tem a responsabilidade e o dever de escrever em documento do paciente todas as informações necessárias para a assistência ao paciente. O desenvolvimento da legislação para o cumprimento das responsabilidades como profissional de enfermagem foi fundamental para a obtenção da relevância dos registros de enfermagem, conscientizando-os quanto à necessidade da escrita no trabalho de atendimento aos pacientes (Rodriguez *et al.*, 2016).

Além de cumprir com a responsabilidade e ser ético no exercício da profissão, Rodriguez *et al.* (2016) e Carneiro *et al.* (2016) esclarecem que os registros de enfermagem devem ser de conhecimento de todos os profissionais de enfermagem e executados de forma adequada, pois, assim como são suporte para assistência ao paciente, são também suporte para o processo de auditoria nas instituições de saúde.

Com o crescente uso da tecnologia da informação na saúde, o cenário das organizações está mudando drasticamente, ocasionando um aumento na complexidade do papel do enfermeiro de hoje. McBride *et al.* (2017) afirmam que os profissionais de enfermagem estão na linha de frente da revolução da tecnologia da informação em saúde.

Segundo Hebert e Connors (2016), a utilização dos dados por meio de registros eletrônicos demonstrou resultados positivos para a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. Servem como principal ferramenta de coleta e comunicação de dados em contextos clínicos, auxiliando na tomada de decisão.

Rodriguez *et al.* (2016) revelam que é encontrado nas equipes de enfermagem um alto grau de conhecimento acerca do registro de enfermagem. No entanto, mesmo diante desse conhecimento, observa-se que as equipes apresentam um elevado nível de inconformidades nos registros. Além disso, Silva *et al.* (2016) afirma que, na prática, nem sempre as ações da equipe de enfermagem são documentadas. López-Cocotle *et al.* (2017) contribuem com o raciocínio ao colocar que, quando a enfermagem deixa de registrar os cuidados prestados ao paciente, comete um ato ilegal, antiético e reflete má conduta em sua profissão. Portanto, o estudo de Borges *et al.* (2017) corrobora ao nos dizer que a maioria dos profissionais de enfermagem não sabe o que a legislação prevê como sanções em casos de falhas no campo da ética e da legalidade no exercício profissional.

Rodriguez *et al.* (2016) e Borges *et al.* (2017) nos lembram que a equipe de enfermagem, assim como qualquer profissional da área da saúde, responde judicialmente caso deixe de realizar de forma correta os registros de enfermagem ou registre informações falsas. A legislação do exercício profissional prevê penalidades variadas de acordo com a gravidade do erro cometido. Estes documentos descrevem o estado de saúde do paciente e os cuidados prestados frente às suas necessidades, e os enfermeiros devem ter consciência da sua relevância, da necessidade de

conformidade dos mesmos e de suas repercussões para o paciente. Além disso, devem conhecer suas devidas responsabilidades e deveres, que precisam ser assumidas em cada dia de trabalho (Rodríguez *et al.*, 2016).

A equipe de enfermagem tem o dever de fornecer todas as informações de maneira precisa, ética e segura, fiel e completa, tanto escritas quanto verbais, no intuito de estabelecer uma assistência contínua, em consonância com o previsto no código de ética dos profissionais de enfermagem (Ruiter; Liaschenko; Angus, 2016; Silva *et al.*, 2016; Borges *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2016).

Os registros de enfermagem são considerados as melhores ferramentas para a equipe multiprofissional agir, pois são vitais para nortear as tomadas de decisões para um planejamento terapêutico dos pacientes em favor da evolução dos mesmos (Rodríguez *et al.*, 2016).

Porém, o que se observa na prática nacional e internacional é que os profissionais de enfermagem não realizam o registro de forma adequada, apresentando falhas tais como ausência de monitoramento e dados incompletos. Isso resulta em pouca visibilidade da assistência ofertada pela equipe de enfermagem e, principalmente, dificulta o entendimento dos registros e sua posterior utilização para o planejamento das ações de enfermagem ofertadas para o cuidado com os pacientes (Gomes *et al.*, 2016).

Mouro *et al.* (2017) retratam em estudo científico que, apesar dos grandes avanços da ciência no âmbito da saúde, para o diagnóstico e tratamento da hipertensão, arterial ainda se faz necessária a verificação da pressão arterial. No entanto, essa verificação deve apresentar valores fidedignos para proceder a um diagnóstico correto, acompanhamento e tratamento do paciente da melhor forma possível, reduzindo o risco de complicações. Erros no registro da pressão arterial são observados nas instituições de saúde, podendo prejudicar a assistência de qualidade.

Daniel, Machado e Veiga (2017) descrevem que a avaliação dos sinais vitais é frequentemente realizada por profissionais que nem sempre entendem a importância da tarefa. Embora a medida da PA seja um dos procedimentos mais realizados na prática clínica, o registro e a interpretação de seus valores como ferramenta na tomada de decisão ainda são deficitários para garantir a segurança do paciente.

Stevenson *et al.* (2016) afirmam que o registro dos sinais vitais é essencial para a assistência multiprofissional, ressaltando a importância dos mesmos para desvendar anormalidades, detecção de uma parada cardíaca e tomada de atitudes para intervir no problema detectado. Portanto, a documentação fiel dos sinais vitais é de extrema relevância. No entanto, este mesmo estudo ainda nos diz que, por muitas vezes, não há reconhecimento da deterioração do paciente devido à falha ou incompletude do registro dos sinais vitais, impactando negativamente no cuidado prestado ao paciente. Tal impacto é evidente, por exemplo, na ocorrência de uma parada cardíaca, onde se observa falta de registros desses sinais nas 24 horas que antecederam esse evento.

Identifica-se na literatura, a partir do estudo de Mouro *et al.* (2017), que o registro da pressão arterial é realizado de maneira incorreta, principalmente devido ao fato de os profissionais arredondarem os valores para números finalizados com zero ou cinco. Pode parecer um simples erro, mas este mesmo autor alerta sobre as consequências do arredondamento da pressão arterial, pois pode afetar diretamente o paciente, principalmente ao interferir no tratamento com medicamentos anti-hipertensivos. Em conformidade com a legislação profissional, os registros de enfermagem são essenciais para a assistência fundamentada em princípios técnicos científicos. Portanto, erros podem gerar consequências imprevistas e danosas, até mesmo nocivas aos pacientes.

Mouro *et al.* (2017) ainda nos revelam que a prática adotada por profissionais de enfermagem na medida indireta da pressão arterial contém falhas, pois aproximadamente entre 93,8 e 100% dos profissionais não realizam as etapas de preparo para o procedimento, tais como a calibração dos equipamentos ou a oferta de manguitos de tamanhos variados, o que resulta em prejuízos à saúde do indivíduo, por dissimular a realidade da sua condição clínica, proporcionando tratamentos inadequados para o paciente portador de hipertensão arterial.

Carneiro *et al.* (2016) chamam a atenção para o fato de que o uso de abreviaturas não padronizadas deve ser evitado, uma vez que pode colocar em risco a segurança do paciente e prejudicar a continuidade do trabalho em equipe. Já Silva *et al.* (2016) evidenciou que o conteúdo dos registros de enfermagem, os quais a maioria são realizados por técnicos/auxiliares de enfermagem, é deficiente e, em alguns casos, até inexistentes. Esses registros não retratam a realidade do paciente, muito menos a assistência de enfermagem oferecida.

Ali e Sieloff (2017) afirmam que os registros de enfermagem atualmente não estão sendo eficientes em decorrência de documentos de coleta de dados não estarem estruturados com base em um padrão reconhecido mundialmente, para que as informações sejam obtidas da melhor forma. Além disso, profissionais de enfermagem não demonstram conhecimento a respeito da importância de se obter registros provindos de documentos padronizados.

Richardson *et al.* (2016) propõem que registros de enfermagem baseados em documentos estruturados, com uma formatação padrão, relevante e mais abrangente, contribuem positivamente para a melhora da qualidade dos dados, com diminuição de falhas e consequente melhoria da produção de cuidado aos pacientes.

Ao se falar de falhas em registros de enfermagem, Mouro *et al.* (2017) elucidam: erros de conotação de valor, descrição muito resumida, rasuras, erros na escrita, letra ilegível e ausência de informações cruciais, tais como a técnica utilizada para a verificação da pressão arterial, qual o posicionamento o paciente estava no momento da medição, qual membro colocou o manguito para realizar medida, tamanho do aparelho utilizado no membro e quais os cuidados estabelecidos após realização do procedimento e conhecimento da medida da pressão arterial. Além disso, são identificados no registro: ausência de data, identificação incompleta do profissional e linhas em branco no registro.

Silva *et al.* (2016) explicam que, com o passar do tempo, a enfermagem buscou métodos novos e habilidades diferenciadas para formar o próprio conhecimento, se desenvolvendo como ciência. No entanto, observa-se na prática atual que parece existir um retrocesso no conhecimento adquirido, onde os profissionais parecem desaprender os deveres da enfermagem. As ações são realizadas, muitas vezes, de forma mecanicista e repetitiva, sem responsabilidade e comprometimento ético-profissional com a continuidade da assistência ao paciente, assim como a segurança do mesmo, apresentando registros incompletos, não fidedignos e faltando informações fundamentais para o controle de saúde-doença dos pacientes.

De acordo com Richardson *et al.* (2016), registros de enfermagem completos são fundamentais para a qualidade do cuidado ofertado ao paciente. Como exemplo disso, a identificação rápida de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em um indivíduo a partir da utilização da documentação, a qual fornece informações benéficas para garantir atendimento imediato, seguro, de qualidade e contínuo ao paciente, além de favorecer uma comunicação eficaz entre os prestadores de cuidado.

Nomura, Silva e Almeida (2016) relatam que o registro é uma importante evidência da qualidade assistencial prestada aos pacientes e familiares. A qualidade dos registros de enfermagem assume uma posição de extrema importância para alcançar a excelência da assistência.

Sendo assim, fazem-se necessários investimentos para cumprimento, de forma ética, responsável e com qualidade, dos registros de enfermagem. Para isso, podem ser sugeridos investimentos como treinamento, orientação, supervisão, auditoria e pesquisa para descobrir pontos fortes e pontos fracos a serem melhorados, assim como padronização dos registros e protocolo que orientem a equipe a seguir da forma mais ética e adequada (Rodríguez *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2016). Corroborando, Borges *et al.* (2017) sugerem a padronização dos registros de enfermagem para que possa refletir diretamente no cuidado prestado aos pacientes diariamente na assistência.

Além dessas sugestões, Wilburn (2018) afirma que a tecnologia está cada vez mais presente no campo da enfermagem através da informatização, a qual fornece benefícios aos prestadores de cuidado no âmbito da saúde por facilitar o exercício da comunicação entre a equipe multiprofissional, bem como viabilizar o estabelecimento de cuidados aos pacientes substanciados em informações coletadas e contidas nos Registros Eletrônicos de Saúde (RES).

Portanto, uma estratégia utilizada para eficácia do registro de enfermagem consiste na realização dos registros de informações de saúde dos pacientes em documentos eletrônicos de saúde, capazes de estabelecer cuidado de qualidade centrado no paciente, com um monitoramento contínuo da evolução do quadro de saúde dos mesmos. Isso revela o progresso de cada indivíduo durante sua permanência na instituição de saúde e favorece a assistência multiprofissional continuada para cada paciente (Ruiter; Liaschenko; Angus, 2016; Walker-Czyz, 2016).

Em contrapartida, Whitt *et al.* (2017) observam que a maioria dos estudantes da graduação e pós-graduação em enfermagem apresentam problemas com os RES. Mais de 50% dos estudantes sentiram que os registros eletrônicos de saúde contribuíram para resultados adversos nos pacientes.

Hebert e Connors (2016) afirmam que os programas de educação em enfermagem devam incluir a tecnologia da informação em saúde no currículo e que as experiências do registro eletrônico atendam às necessidades dos graduandos de enfermagem. Essa necessidade de melhoramento do uso do RES vai além da graduação; é perceptível, nas organizações, a busca por esclarecimentos e treinamentos para o conhecimento e o manuseio adequado das ferramentas implementadas.

Chang *et al.* (2016), em seu estudo, analisaram os impactos do RES na prática durante o estágio de transição do papel para o registro eletrônico na enfermagem. McBride *et al.* (2017) relatam que o papel da TI é complexo e dependente dos sistemas e processos nos quais está inserida. A implementação de sistemas de informação em saúde é dificultada por fatores humanos e barreiras que impedem a aceitação dos usuários e o uso dos sistemas. Se os usuários acreditarem que a tecnologia é fácil de usar e benéfica no fornecimento de informações para a tomada de decisão, a adoção terá maior probabilidade de sucesso; caso percebam que não há benefício em comparação com o que estava disponível, é razoável supor que a adoção terá resistência.

Strudwick, Booth e Mistry (2016) afirmam que a aplicação de terapias cognitivas sociais pelas organizações pode ser feita para melhorar o uso do RES por parte dos enfermeiros. Walker-Czyz (2016) acredita que o documento eletrônico para o registro das informações dos pacientes, coletadas pela equipe de enfermagem, tem poder de melhorar o cuidado prestado ao paciente de maneira mais segura e com qualidade.

Observa-se, portanto, que existem resultados diferentes em relação ao registro eletrônico. Porém, López-Cocotle *et al.* (2017) afirmam que, independentemente do tipo de registro, para se obter mais de 95% no nível de conformidade é necessária a participação da equipe na construção e validação do registro. O produto desse processo é um avanço significativo na melhoria da qualidade do documento, o que contribui na melhoria da qualidade do atendimento ao paciente. Além disso, Mouro *et al.* (2017) nos lembram que o registro de enfermagem constitui um documento legal que a equipe deve se preocupar em aprimorar para fins de defesa, se necessário; para isso, é fundamental que o documento esteja bem desenvolvido e autêntico.

Após revisão da literatura científica, ficou evidente a responsabilidade e o dever da equipe de enfermagem de elaborar o registro de enfermagem com todas as informações indispensáveis para garantir os cuidados necessários ao paciente. Salienta-se, ainda, o perigo existente em deixar de registrar os cuidados prestados de forma adequada, pois tal omissão constitui ato ilegal e antiético, demonstrando má conduta do profissional, que pode responder judicialmente e estar sujeito a penalidades variadas, de acordo com a gravidade do erro cometido.

A partir do estudo, torna-se evidente que há falhas que comprometem o registro de enfermagem, tais como: uso de abreviaturas e termos não padronizados, que dificultam a interpretação das informações e impossibilitam a tomada de decisões embasadas no que foi registrado; conteúdos que não descrevem a realidade devido à escrita inadequada; documentos de coleta de dados não estruturados; erros de conotação de valor; descrição muito resumida; documento rasurado; letra ilegível; ausência de data; identificação incompleta do profissional; linhas em branco no registro; e ausência de informações fundamentais no registro da PA.

Contudo, entende-se que, de acordo com a revisão sistemática da literatura, a maioria dos profissionais de enfermagem não possui conhecimento do que a legislação prevê como sanções para casos de má conduta profissional no campo da ética e da legalidade. Portanto, observa-se que esses profissionais não realizam o registro dos cuidados prestados aos pacientes de forma adequada. Medidas educativas devem ser adotadas por parte dos gestores e dos profissionais de saúde com vistas à melhoria do registro e do cuidado prestado às pessoas com HAS.

Referências

- ALI, S.; SIELOFF C. L. Nurse's use of power to standardise nursing terminology in electronic health records. *Journal of Nursing Management*, v. 25, p. 346-353, 2017.
- BARRETO, J. A.; LIMA, G. G.; XAVIER, C. F. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. R. *Enferm. Cent. O. Min.*, v. 1, n. 6, 2016.
- BARRETO, M. S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. *Esc. Anna Nery*, v. 20, n. 1, 2016.
- BORGES, F. F. D.; AZEVEDO, C. T., AMORIM, T. V., FIGUEIREDO, M. A. G., RIBEIRO, R. G. M. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 7, 2017.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

CARNEIRO, S. M.; DUTRA, H. S.; COSTA, F. M.; MENDES, S. E.; ARREGUY-SENA, C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. *Rev Rene*, v. 17, n. 2, p. 208-216, 2016.

CHANG, C. P.; LEE, T. T.; LIU, C. H.; MILLS, M. E. Nurses' Experiences of an Initial and Reimplemented Electronic Health Record Use. *Comput Inform Nurs.*, v. 34, n. 4, p.1 83-90, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução N° 311, de 09 de fevereiro de 2007*. Aprova o Código de Ética para os profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

DANIEL, A. C. Q. G.; MACHADO, J. P.; VEIGA, E. V. Registro da pressão arterial em unidade de emergência. *Einstein*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 29-33, 2017.

GOMES, D. C.; CUBAS, M. R.; PLEIS, L. E.; SHMEIL, M. A. H.; PELUCI, A. P. V. D. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. *Rev. Gaúcha Enferm*, v. 37, n. 1, p. 1-8, 2016.

HEBERT, V. M.; CONNORS, H. Integrating na Academic Eletronic Health Record: challenges and sucess strategies. *Computers Informatics Nursing*, v. 34, n. 8, p. 345-354, 2016.

LÓPEZ-COCOTLE, J. J.; MORENO-MONSIVÁIS, M. G.; SAAVEDRA-VÉLEZ, C. H. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enfermería Universitaria*, v. 14, n. 4, p. 293-300, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, Supl 1, 2017.

MCBRIDE, S.; TIETZE, M.; HANLEY, M. A.; THOMAS, L. Statewide Study to Assess Nurses' Experiences With Meaningful Use-Based Electronic Health Records. *Computers, Informatics, Nursing*, v. 35, n. 1, p. 18-28, 2017.

MINAYO, M. C. S. (org). *Pesquisa social*. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MOURO, D. L.; GODOY, S; VEIGA E. V.; ZANDOMENIGUI, R. C.; MARCHI-ALVES, L. M. Práticas adotadas por profissionais de enfermagem para medida indireta e registro da pressão arterial. *Rev Min Enferm*, v. 21, e-995, 2017.

NOMURA, A. T. G; SILVA, M. B.; ALMEIDA, M. A. Qualidade dos registros de enfermagem antes e depois da Acreditação Hospitalar em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 24, n. e2813, 2016.

RICHARDSON, K. J.; SENGSTACK, P.; DOUCETTE, J. N.; HAMMOND, W. E.; SCHERTZ, M.; THOMPSON, J.; JOHNSON, C. Evaluation of Nursing Documentation Completion of Stroke Patients in the Emergency Department: A Pre-Post Analysis Using Flowsheet Templates and Clinical Decision Support. *Comput Inform Nurs*, v. 34, n. 2, p. 62-70, 2016.

RODRIGUEZ, L. M. B. *et al.* Grado de Adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Rev Cuid*. v. 7, n. 1, p. 1195-203, 2016.

- ROJAHN, D. *et al.* Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. *Uningá Review*, v. 19, n. 2, 2014.
- RUITER, H.; LIASCHENKO, J.; ANGUS, J. Problems with the electronic health record. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals. Nurs Philos*, v. 17, n. 1, p. 49-58, 2016.
- SILVA, T. G., SANTOS, R. M., CRISPIM, L. M. C., ALMEIDA, L. M. W. S. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm. Foco*, v. 7, n. 1, p. 24-27, 2016.
- SILVA, C. S.; TOMAZ, A. F.; NASCIMENTO, W. G.; SILVA, A. P. T.; ALVES, J. P. Caracterização da consulta de enfermagem à pessoa com Hipertensão e Diabetes. *Rev. Port.: Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 1, 2017.
- STEVENSON, J. E.; ISRAELSSON, J.; PETERSSON, G. C. N. G. I; BATH, P. A. Recording signs of deterioration in acute patients: The documentation of vital signs within electronic health records in patients who suffered in-hospital cardiac arrest. *Health Informatics Journal*, v. 22, n. 1, p. 21-33, 2016.
- STRUDWICK, G.; BOOTH, R.; MISTRY, K. Can Social Cognitive Theories Help Us Understand Nurses' Use of Electronic Health Records? *Comput Inform Nurs.*, v. 34, n. 4, p. 169-174, 2016.
- WALKER-CZYZ, A. The Impact of an Integrated Electronic Health Record Adoption on Nursing Care Quality. *J Nurs Adm.*, v. 46, n. 7-8, p. 366-72, 2016.
- WILBURN, A. Nursing Informatics: Ethical Considerations for Adopting Electronic Records. *NASN School Nurse*, v. 33, n. 3, 2018.
- WHITT, K. J.; EDEN, L.; MERRILL, K. C.; HUGHES, M. Nursing Student Experiences Regarding Safe Use of Electronic Health Records: A Pilot Study of the Safety and Assurance Factors for EHR Resilience Guides. *Comput Inform Nurs.*, v. 35, n. 1, p.45-53, 2017.

Obra que busca reunir as produções desenvolvidas por pesquisadores e professores sobre as questões éticas/bioéticas no processo de ensino-aprendizado, na assistência direta e indireta, visando o cuidado das pessoas e na pesquisa em Ciências da Saúde. Dessa forma, representa a importância do enfoque ético/bioética nesta tríade e evoca a sua essência em distintos cenários da saúde.

