

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE ARTES – CEART
Programa de Pós-graduação em Teatro

RAQUEL JÚLIO MASTEY

**SIMULAÇÃO: RECURSOS DO TEATRO EM CURSOS
DE MEDICINA E ENFERMAGEM.**

FLORIANÓPOLIS
2018

RAQUEL JÚLIO MASTEY

**SIMULAÇÃO: RECURSOS DO TEATRO EM CURSOS DE MEDICINA E
ENFERMAGEM.**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Teatro, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Teatro, na Universidade do Estado de Santa Catarina.

Orientação: Prof^a Dr^a Tereza Mara Franzoni

**FLORIANÓPOLIS
2018**

**NESTE ESPAÇO
SUBSTITUIR PELA FOLHA DE ROSTO
- DOCUMENTO QUE ESTÁ ESCANEADO
- ATRAS DA FOLHA DE ROSTO COLOCAR A FICHA CATALOGRÁFICA**

A Bertolt Brecht, Marcia Pompeo Nogueira e
Tereza Franzoni, pessoas que
transformaram minha maneira de ver e
compreender o mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste trabalho. Especialmente minha orientadora, professora, doutora e humanista: Tereza Mara Franzoni, pela paciência expressadas em sábias palavras e correções, por acreditar no Ensino por Simulações, por me acolher no curso de mestrado e pela oportunidade de desenvolver a pesquisa.

Ao Programa de Pós Graduação em Teatro da UDESC, por oferecer as pessoas um ensino público, gratuito e de qualidade. À José Ronaldo Faleiro, por sua generosidade, à Maria Brígida Miranda, por seu olhar político-engajado e ao professor ao Milton Gonçalves. Agradeço também aos professores Vicente Concílio e a então coordenadora Fátima Costa de Lima, pelos sábios conselhos e pareceres na banca de qualificação. A professora Meire Silva, do departamento de Artes Cênicas, pelo acolhimento no estágio supervisionado do mestrado. Cada qual, a seu modo, contribuíram para o amadurecimento da pesquisa, hora com críticas, hora com questionamentos, fizeram tremer as certezas, contribuindo significativamente para lançar outros olhares sobre o objeto de estudo.

Agradeço à Secretaria de Estado de Educação do Paraná e ao programa de liberação dos professores da rede de ensino, pela liberação de 20 horas para estudos.

Ao Serviço de Escolarização Hospitalar, especialmente do Hospital Infantil Waldemar Monastier. As colegas Doraci do Rocio Merchiori de Castro, Regina Maria Fialkoski Basso e Rozeli Gabardo Pereira, pela convivência, por nossas produções de artigos, projetos e pesquisas. Agradeço a enfermeira chefe do Núcleo de Estudos e Pesquisas deste Hospital, professora doutora Elizabeth por ter me apresentado o ensino por Simulações.

Ao professor Washington Souza, pelo apoio e compreensão, enquanto diretor do Colégio Estadual Júlio Nerone.

Agradeço à Universidade Federal do Paraná, especialmente aos departamentos: de Enfermagem, por me aceitarem como aluna da Pós-Graduação *Lato Sensus* em Saúde; ao Mestrado em Saúde Coletiva, especialmente ao professor Doutor Guilherme Souza Cavalcanti Albuquerque, por me receber como aluna externa no curso de mestrado durante a pesquisa e por apresentar uma leitura

marxista sobre a Determinação Social da Saúde e da Doença; ao Setor de Ciências da Saúde, representado pela professora doutora Camila Girardi Fachin, por autorizar e tornar viável minhas observações nas aulas da graduação de medicina, dentro do Laboratório de Habilidades e Simulações e aos professores doutores: Fábio Rocha Farias e Akihito Inca Atahualpa Urdiales, pela convivência produtiva durante os três meses de observações. Um agradecimento especial a professora doutora Úrsula Guirro, por ter aceito o convite para fazer parte da banca avaliadora do mestrado.

Agradeço à professora mestre Silvia Monteiro, coordenadora do departamento de teatro da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pela disponibilidade do tempo e da entrevista para esclarecimentos sobre o trabalho dos artistas na Simulação.

À professora doutora Elaine Quedas de Assis, professora da graduação de medicina na Universidade Cidade de São Paulo, pelo convite para assistir provas finais. Pela disponibilidade, generosidade e atenção. Ao professor doutor Tangará pela atenção e tempo que dedicou em nossas conversas sobre Simulação.

Ao meu companheiro, Avanir Mastey, com quem vivo há 19 anos, pelo apoio e compreensão nos dias difíceis. Às minhas filhas Neferti Júlio Mastey, Sofia Júlio Mastey e Lisiê Júlio Mastey, por me ajudarem em toda a caminhada. A minha mãe, Maria Francisca, por ter me dado a vida e me ajudar nos momentos em que mais precisei. Aos meus irmãos Emanuel José Júlio, Lia Regina dos Santos Júlio, Aline dos Santos Júlio, Claudia Regina Vieira de Souza e Andrielli Zaluski Júlio, por fazerem parte da minha história.

Ao professor de Língua Portuguesa e mestre em Estudos Literários, Adilson Fernandes por sua atenta correção.

E finalmente aos meus colegas de mestrado pela parceria. A todos e todas, especialmente àqueles não citados aqui, minha gratidão.

RESUMO

Esta dissertação apresenta os recursos de teatro presentes na prática metodológica de Simulação, especificamente nas graduações de medicina e enfermagem. A metodologia incluiu várias estratégias de pesquisa. Foi realizada revisão bibliográfica em documentos que discutem a educação e saúde como Política Pública, considerando as reflexões sobre a formação humanizada, para estudantes ou trabalhadores que atuam ou atuaram no SUS. Foi também realizado o detalhamento dos recursos de teatro, pinçados na literatura de saúde e mesclados à visita técnica e observações em Laboratórios de Simulação, nos quais é possível juntar teoria e prática, na compreensão da estrutura da Simulação e os Recursos de Teatro, presentes nela, tais como: roteiros, cenários, bonecos e manequins estáticos, trabalho de atrizes e atores e caracterização. Além disso foram descritas: as práticas observadas em Laboratórios de Simulação de quatro universidades, a minha participação como atriz de Simulação e as entrevistas com profissionais que prestaram serviços interpretando personagens nos cenários de Simulação. Este trabalho traz como principal objetivo dar ciência à comunidade acadêmica de Teatro, por meio de informações relevantes, sobre os pressupostos teóricos e trabalhos práticos, de uma metodologia da saúde que faz uso de diversos recursos de teatro e tende a expandir, inaugurando um novo espaço de trabalho e pesquisa para artistas da cena.

Palavras-chaves: Simulação. Saúde. Educação. Teatro.

ABSTRACT

This dissertation presents the theater resources present in the methodological practice of Simulation, specifically in the medical and nursing graduations. The methodology was divided in: Bibliographic review in documents that discuss education and health as Public Policy, considering the reflections on the humanized formation, for students or workers acting or acting in the SUS; Detail of the theater resources, harnessed in the health literature and mixed to the technical visit and observations in Simulation Laboratories, where it is possible to join theory and practice in the understanding of the Simulation structure and the Theater Resources present in it, such as: scripts , scenarios, dolls and static dummies, work of actresses and actors and characterization; Descriptions of: practices observed in Simulation Laboratories of four universities, my participation as a Simulation actress and interviews with professionals who provided services interpreting characters in the scenarios. With the objective of giving the academic community of Theater, through relevant information, theoretical assumptions and practical work, a health methodology that makes use of diverse theater resources and tends to expand, inaugurating a new space of work and research for scene artists.

Keywords: Simulation. Health. Education. Theater.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Cenário com vidro multidirecional.....	45
Figura 2-	Cenário com vidro multidirecional.....	46
Figura 3-	Rosto da boneca Rensusci Anne.....	49
Figura 4-	Simulação Híbrida.....	50
Figura 5-	Manequins Estáticos.....	51
Figura 6-	Manequins Estáticos.....	51
Figura 7-	Manequim de Média Fidelidade	52
Figura 8-	Manequim Adulto de Alta Fidelidade.....	53
Figura 9-	Manequim Pediátrico de Alta Fidelidade.....	53
Figura 10-	Materiais de maquiagem para Simulação.....	64
Figura 11-	Maquiagem realística, fratura exposta.....	68
Figura 12-	Maquiagem realística, ferimento por corte.....	68
Figura 13-	Maquiagem realística, ferimento por arma de fogo.....	69
Figura 14-	Kit com próteses de maquiagem.....	70
Figura 15-	Laboratório de Alta Fidelidade.....	75
Figura 16-	Cenário do Laboratório de Habilidades e Simulação.....	77
Figura 17-	Primeiro contato com o roteiro.....	83
Figura 18-	Corredor de avaliação da UNICID.....	84
Figura 19-	Exemplo de interação através do vidro multidirecional	84

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANVISA	Vigilância Sanitária
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
Cepetec	Centro de Pesquisa em Tecnologias de Cuidados em Enfermagem e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
ERC	Conselho Europeu de Investigação
FANEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
INCA	Instituto Nacional do Câncer
Labenf	Laboratório de Habilidades de Procedimentos de Enfermagem
LTT	Laboratório de Telessaúde e Tele Educação
MEC	Ministério da Educação
Nesc	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
PUC	Pontifícia Universidade Católica
OSCE	Avaliação Baseada em Competências Empregando a Simulação
REVALIDA	Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira
SAREH	Serviço de Atendimento a Rede de Escolarização Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICID	Universidade Cidade de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	SIMULAÇÃO	17
1.1	SIMULAÇÃO NO ENSINO DA SAÚDE.....	18
1.2	SIMULAÇÃO: PROPOSTA PARA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES EM SAÚDE	22
1.3	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	27
1.3.1	A Humanização do SUS e o Ensino por Simulação	32
1.3.2	Desassossegos, a formação humanizada em saúde	34
2	RECURSOS DE TEATRO PRESENTES SIMULAÇÃO	39
2.1	ROTEIROS	39
2.2	CENÁRIOS	41
2.3	BONECOS E MANEQUINS ESTÁTICOS.....	47
2.3.1	Bonecos como objetos de Simulação	50
2.4	ATRIZES E ATORES EM SIMULAÇÕES	56
2.4.1	Trabalho da atriz e do ator	58
2.5	CARACTERIZAÇÃO	63
2.5.1	Maquiagem	63
2.5.2	Próteses de maquiagens	69
3	DESCREVENDO A PRÁTICA	73
3.1	LABORATÓRIO DE SIMULAÇÃO DA UFSC	73
3.2	LABORATÓRIO DE HABILIDADES E SIMULAÇÃO DA UFPR	75
3.3	DEPARTAMENTO DE TEATRO DA PUC	77
3.4	PROVAS FINAS DA UNICID e o OSCE.....	81
3.5	TRABALHO COMO ATRIZ NO EXAME REVALIDA.....	86
3.6	ENTREVISTA COM O ATOR PAULO MATOS.....	88
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICE A- OBSERVAÇÕES NA UFPR	101

APÊNDICE B- OBSERVAÇÕES NO OSCE DA UNICID.....	110
APÊNDICE C- ENTREVISTA COM ATOR DE SIMULAÇÃO.....	115
APÊNDICE D- ENTREVISTAS COM A COORDENADORA, INSTRUTOR E A ATRIZ DO DEPARTAMENTO DE TEATRO DA PUC /PR.....	119
APÊNDICE E- ROTEIRO DE OSCE DA UFPR, CONTENDO: ROTEIRO PARA ESTUDANTE DE MEDICINA, CHEK LIST PARA O PROFESSOR AVALIADOR E ORIENTAÇÕES PARA A ATRIZ	123

INTRODUÇÃO

Nossa Universidade atual forma, pelo mundo afora, uma proporção demasiado grande de especialistas em disciplinas predeterminadas, portanto artificialmente delimitadas, enquanto uma grande parte das atividades sociais, como o próprio desenvolvimento da ciência, exige pessoas capazes de um ângulo de visão muito mais amplo e, ao mesmo tempo, de um enfoque dos problemas em profundidade, além de novos progressos que transgridam as fronteiras históricas das disciplinas. (Lichnerowicz)

Como num prontuário médico, esta dissertação é escrita por muitas mãos, e, quando digo isso, estou me referindo a várias pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, estão envolvidas nas práticas de teatro que acontecem na área da Saúde. Refiro-me também às pessoas que acreditam no Sistema Único de Saúde, na Humanização da Saúde, no Ensino por Simulações¹ e nas contribuições do conhecimento em teatro para as cenas de Simulações. Nesse sentido, me junto àqueles que, na condição de estudantes, professoras (es), médicas(os), enfermeiras(os), usuárias (os), atrizes, atores, e orientadoras (es) , entenderam que se faz necessário discutir os recursos de teatro existentes nas práticas de ensino, descritos nas Diretrizes Nacionais Curriculares para o ensino em Saúde –.discussão esta fundamental no atual contexto político de ataques ao ensino da arte, da cultura, da educação e da saúde.

Mesmo diante do retrocesso histórico que estamos vivendo no Brasil atualmente, no que se refere ao pensar a educação e a arte, as práticas artísticas e educativas continuam sendo realizadas, e, ainda que as controvérsias sejam inúmeras, cabe àqueles que estão inseridos nesse meio refletir sobre essas práticas. O teatro como prática e ferramenta geradora de conhecimento vem ocupando cada vez mais espaço no ambiente de aprendizagem hospitalar. As práticas de teatro vão desde leitura de textos clássicos, apresentações de performances, palhaçarias, cenas curtas, peças infantis, peças para prevenção de acidentes, improvisações sobre os procedimentos e protocolos do Ministério da Saúde, até montagem de cenas sobre o cotidiano do médico residente, entre outras. Nessa via, paradoxalmente, nadando contra a corrente, do fechamento dos postos de trabalho,

¹ O termo Simulação, grafada com letra maiúscula, refere-se ao objeto de estudo. Outras acepções ao mesmo conceito serão grafadas em minúscula, salvo nas citações literais, nas quais se manteve a grafia do autor citado.

o ambiente hospitalar se apresenta como uma nova área de trabalho para profissionais de teatro.

Esta dissertação tem como objeto uma das diversas práticas de teatro que acontecem no ambiente de aprendizagem hospitalar, a Simulação. Essa prática da área da saúde faz uso de recursos de teatro para a formação de seus profissionais e é utilizada nas graduações da área de Saúde.

Como atriz e professora de teatro, meus primeiros contatos com a área da saúde ocorreram no início no ano de 2006, quando ainda era coordenadora de curso de nível médio técnico em Comunicação e Artes do Colégio Estadual do Paraná, na cidade de Curitiba. Na época, na condição de voluntária, desenvolvia, juntamente com os alunos do curso, um trabalho com intervenções cênicas para crianças na ala de queimados do Hospital Evangélico e na ala de neoplasias do Hospital de Clínicas. Esse trabalho voluntário contou pontos no ano de 2011, quando a Secretaria de Estado da Educação do Paraná abriu edital para contratar professores para a equipe do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH²).

Foi como professora de crianças e adolescentes hospitalizados que comecei a conhecer mais de perto o ambiente de aprendizagem hospitalar. No primeiro ano, trabalhando no hospital, a enfermeira gestora do Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa me convocou para uma reunião sobre o SUS humanizado. Durante essa conversa tive as primeiras informações sobre o ensino por Simulações. Durante o tempo em que ela coordenou os processos de formação, auxiliei a enfermeira em algumas Simulações, em cenas que problematizavam o cuidado com a criança hospitalizada³.

² SAREH – Esse serviço [gratuito e público] é oferecido pela Secretaria de Educação do Estado do Paraná. Atende crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos [matriculados ou não] que se encontram impossibilitados de frequentar a escola em virtude de internamento hospitalar ou tratamento de saúde, permitindo-lhes a continuidade no processo de escolarização, a inserção ou reinserção em seu ambiente escolar. A organização do trabalho pedagógico, no ambiente hospitalar do SAREH, é de responsabilidade do pedagogo [com 40 horas aulas] . É ele quem coordena, acompanha e avalia todo o trabalho. [...] O professor [com 16 horas aulas e 04 horas atividades] que trabalha no SAREH atua ministrando aulas das disciplinas pertinentes a uma determinada área de conhecimento: o de Ciências Humanas ministra aulas das disciplinas de História, Geografia, Sociologia, Filosofia e Ensino Religioso; o de Linguagens, aulas de Língua Portuguesa, Língua Estrangeira Moderna – Inglês, Educação Física e Arte; e o de Ciências Exatas trabalha as disciplinas de Matemática, Ciências, Física, Química e Biologia. (PARANÁ, 2010, p. 07 - 69)

³ Dessas simulações participaram profissionais da Saúde que na época eram funcionários do hospital. As cenas tiveram como base roteiros inspirados em situações retiradas de fatos reais, vivenciados no ambiente de trabalho. Para a execução da cena foram utilizadas uma boneca, minha participação como atriz e a contracena com os profissionais.

Ao me interessar por Simulações e querer mais informações sobre o trabalho de atrizes e atores, realizados em outros hospitais, bem como sobre as práticas de teatro existentes neste método, me deparei com o primeiro obstáculo: na época não havia produções acadêmicas que fizessem a interface com as áreas de Teatro e Saúde na Simulação, como não há até o presente momento. Mesmo com alguns vídeos disponíveis na internet, pude perceber também a falta de informações entre nós do teatro, em três momentos: ao conhecer a técnica de Simulação no ambiente de trabalho, ao participar de Seminários de Pesquisa na área de Artes Cênicas e ao entrar em contato com atores que foram contratados para trabalhar no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira (REVALIDA)⁴, que aconteceu no ano de 2016, simultaneamente nas cidades de Brasília/DF, Florianópolis/SC, Fortaleza/CE, Porto Alegre/RS, São Luís/MA, São Paulo/SP e em Curitiba/PR, cidade em que fui contratada na função de atriz, juntamente com mais 36 profissionais de teatro, dentre os quais pós-graduados, estudantes da graduação e de técnicos em teatro. Pude observar durante os dias de convivência que muitos dos artistas conheceram a metodologia de Simulação no mês em que foram contratados.

Diante disso, percebi a necessidade de escrever sobre essa prática, já que para sua execução existe a necessidade de diversos recursos oriundos do teatro, tais como: camarins, bonecos, manequins, maquiagens, acessórios, próteses de ferimentos, roteiros de cena, cenários, máscaras, sonoplastia, dublagem [ou simuladores de voz], iluminação, figurino, jogos teatrais, especificamente o *role-playing*, conforme Aragão *et al* (2009), e trabalho de atores e atrizes que interpretam personagens nas cenas de Simulação.

Como prática de ensino, a Simulação vem ao encontro da proposta de políticas públicas que pretendem humanizar as relações, os atendimentos e os

⁴ REVALIDA foi criado em 2011, em uma ação articulada dos Ministérios da Educação e da Saúde, para ampliar a revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior. [...] Revalida é realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) em colaboração com a Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos. O Exame é aplicado pelo Inep, mas a revalidação é de responsabilidade de Instituições de Educação Superior públicas que aderem ao instrumento unificado de avaliação. O Revalida é compatível com as exigências de formação das universidades brasileiras. Para aferição de equivalência curricular e definição da correspondente aptidão para o exercício profissional da medicina no Brasil, os parâmetros e critérios isonômicos seguem as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina. [...] que define os conteúdos, as competências e as habilidades das cinco grandes áreas de exercício profissional: Cirurgia, Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia-Obstetria e Clínica Médica. Sobre o REVALIDA: (PORTAL virtual, BRASIL, 2017).

serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da construção de uma nova cultura de formação entre seus trabalhadores, ressignificando os conceitos sobre a prestação de serviços e atendimento para as pessoas que fazem uso do Sistema. Para compreender o referencial que fundamenta a prática, nesta pesquisa optou-se por investigar o documento da Política Nacional de Humanização Hospitalar (BRASIL, 2010a), expressa também nos Cadernos HumanizaSUS (BRASIL, 2011 e 2013), especificamente os volumes 01 e 03, os quais repensaram o espaço e a função do hospital, a formação dos trabalhadores da saúde e o cuidado com os usuários da saúde pública, conforme Dário Frederico Pasche⁵ e Eduardo Passos⁶ (BRASIL, 2010a, p.06).

A humanização, no ambiente de aprendizagem hospitalar, tem como um dos princípios melhorar a qualidade da assistência prestada, a satisfação do usuário e dos trabalhadores da saúde. Para que seja sistematicamente implantada, conforme o documento BRASIL, 2010a, utiliza-se o Método da Tríplice Inclusão: inclusão dos sujeitos, dos coletivos e das perturbações que essas inclusões produzem nos modos de governar os serviços de saúde e nas relações clínicas. Essas relações são destacadas como as mais importantes na prestação do serviço de saúde e, em última instância, culminam nas atitudes e comportamentos das pessoas.

A humanização proposta por essas políticas públicas significa acolhimento e inclusão das diferenças que, conforme o mesmo documento, vêm produzindo estranhamento e provocando “tanto um contentamento e a alegria, como mal-estar” (BRASIL, 2010b, p.06). A inclusão das diferenças suscita movimentos ambíguos, os quais precisam ser suportados e sustentados por práticas que tolerem o convívio com as diferenças e a pluralidade que compõem a diversidade humana na vida social.

Nessa linha de pensamento, ainda sobre o tema humanização, esta pesquisa traz para reflexões as contribuições de Paulo Freire (1987), que trabalhou o tema da humanização no ensino. Termo derivado do humanismo e amplamente discutido na escola renascentista, a humanização, no sentido proposto por Paulo Freire, supera o termo humanismo, pois vai além de entender o homem com o centro do universo, propondo a ideia de “conquistar o mundo e fazê-lo mais humano” (FREIRE apud

⁵ Enfermeiro e Obstetra, doutor em Saúde Coletiva, coordenador da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS.

⁶ Psicólogo, doutor em psicologia, professor associado do Departamento de Psicologia da UFF. Foi consultor da Política Nacional de Humanização de 2003 a 2008.

FIORI, 1987, p. 15). Freire foi escolhido em função da aproximação teórica, na abordagem sobre o processo de humanização como vocação ontológica do ser humano. (FREIRE, 1987, p. 62).

Entre as Simulações e cursos de formação em Saúde, esta pesquisa optou por investigar e analisar aquelas utilizadas nos cursos de medicina⁷ e enfermagem⁸, tais como os recursos de teatro presentes em cenas de Simulações que fazem uso de atores e atrizes em diversas situações, e as Simulações Híbridas, que utilizam bonecos e manequins estáticos em substituição do ser humano.

A fim de alcançar os objetivos propostos, esta dissertação está organizada em três capítulos.

O primeiro apresenta o conceito de Simulação, tendo como referência os estudos de Maria Inês Accioly (2006), e também de uma revisão de literatura na área da saúde, abordando diversos aspectos do tema, como: a Simulação no Ensino da Saúde e a Simulação como proposta para formação de trabalhadores da Saúde que atuam ou atuarão no SUS. Traz ainda a construção e a descrição do Sistema; a humanização no SUS bem como as lutas sociais presentes em documentos que garantem o ensino por Simulações, além dos desassossegos e provocações que a formação humanizada engendra.

O segundo aborda os diversos recursos de teatro utilizados nas cenas de Simulação, tais como: roteiros, cenários, bonecos, manequins estáticos, trabalho de atriz e atores e caracterização

O terceiro traz uma descrição da prática, fazendo uso das anotações do estágio supervisionado, de uma visita técnica com estudantes da graduação do 5º período de Licenciatura em Teatro, do trabalho como atriz no exame REVALIDA, de uma entrevista com um ator que trabalhou junto comigo no exame, das anotações do diário de campo, das observações realizadas em disciplinas de graduações de medicina, que utilizam a metodologia da Simulação, como no Laboratório de Habilidades e Simulação da Universidade Federal do Paraná (UFPR), nas avaliações finais da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), na entrevista com

⁷ Conforme pesquisa bibliográfica na literatura de saúde e observações nas graduações de medicina, feitas na Universidade Federal do Paraná(UFPR) e na Universidade Cidade de São Paulo (UNICID).

⁸ Conforme pesquisa bibliográfica na literatura de saúde e visita técnica ao Departamento de Enfermagem nos laboratórios de Simulação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

profissionais de teatro, ligados à coordenação de teatro da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). ,

Por fim, exponho, nas considerações finais, proposições sobre Simulação, tendo em vista abordá-la também como um campo de trabalho e pesquisa em expansão para artistas da cena, num contexto de protocolos, referências, portarias e amparo legal que normatizam as práticas e recursos de teatro, considerando o trabalho que já é desenvolvido na área, com o objetivo de dar ciência à comunidade acadêmica de Teatro.

Estão inclusos em forma de apêndices os materiais de anotações de Observações feitas em aulas do 5º e 6º período da graduação de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR), entrevista e observações no OSCE da UNICID, uma entrevista com um ator que trabalhou no REVALIDA , entrevistas com o instrutor e com a coordenadora, ambos ligados ao departamento de teatro da PUC/PR e um exemplo completo com roteiros para estudantes, avaliadores e atrizes de uma das provas da UFPR.

O objetivo geral da dissertação é apresentar, para a comunidade acadêmica de teatro e artistas que trabalham ou trabalharam com Simulação, informações relevantes sobre o ensino por Simulação e os recursos de teatro presentes nessa prática realizada nas graduações de medicina e enfermagem.

Espero, enfim, que o presente trabalho possa servir como referência informativa a atrizes e atores e também a instrutores e instrutoras que já trabalham ou possam vir a trabalhar com Simulação.

1 SIMULAÇÃO

O surgimento sistematizado do conceito de Simulação é registrado pela primeira vez nas teorias da metafísica platônica. Conforme Maria Inês Accioly “Platão hierarquizou o real e o conhecimento segundo uma escala descendente de modelo, cópia, simulacro, associando esta última aos artifícios que iludiam os sentidos e, conseqüentemente, podiam iludir também a consciência.” (ACCIOLY, 2006, p. 56). Platão afirmava que as produções artísticas “rivalizavam com a natureza” na tentativa de tornar real a própria representação. O termo simulacro, dentro desse pensamento, “era signo do disfarce, do fingimento, da falsa identidade” (ACCIOLY, 2006, p. 56).

Na evolução do estudo sobre o conceito de simulação/simulacro, ainda conforme Accioly (2006), Michel Serres⁹ deu continuidade aos estudos sobre as teorias de Simulacros tomando com referência as proposições do filósofo e poeta renascentista Lucrécio, que “definiu os simulacros como emanações dos corpos que compõem o espaço fluente das superfícies, propiciando o contato entre seres e coisas” (ACCIOLY, 2006, p. 56). Conforme Accioly, Serres

Vê em Lucrécio um precursor da Física, e com efeito foi na física que, a partir do Renascimento, a simulação se instalou como uma tática cognitiva legítima. Desde Galileu, e principalmente a partir do século XVII, ensaios com modelos – ou seja, simulações – passaram a ser usados sistematicamente como método experimental para sondar os mistérios da natureza. (ACCIOLY apud SERRES, 2006, p. 57)

A partir disso, surgem dois pensamentos: a simulação-fingimento, postulada pela filosofia platônica; e a simulação-científica, postulada a partir da escola renascentista, sendo o primeiro apontado como uma ideia de falso e o segundo, para a ideia da busca pela verdade.

Embora aparentemente antagônicos, Accioly (2006) esclarece que ambos os conceitos têm

[...] um eixo conceitual comum, fundado na noção de *mímesis*. O modelo de simulação finge ser um corpo interagindo com seu ambiente. A simulação imita o fenômeno – numa palavra, produz efeito de real. Trata-se de um

⁹ Filósofo francês, autor das obras *O TERCEIRO INSTRUÍDO* e o *CONTRATO NATURAL*. Atuou como professor visitante na Universidade de São Paulo. Desde 1990, ele ocupa a poltrona 18 da Academia francesa. No artigo, a autora cita a obra: SERRES, M. **O nascimento da física no texto de Lucrécio – correntes e turbulência** (TREVISAN, P. trad). São Paulo: Editora, UNESP: Ed.UFSCAR (original publicado em 1977)

método de síntese, complementar aos métodos analíticos e muito útil na investigação de sistemas dinâmicos. Seja como farsa ou como método de pesquisa, o que a simulação produz é uma espécie de realidade sintética – uma redução da complexidade do real ao nível decifrável, do previsível, do controlável. (ACCIOLY, 2006, 56)

Conforme Accioly (2006), os conceitos de simulação-farsa e de simulação-experimento se aproximam; todavia, mesmo no sentido da farsa ou no método experimental, a “simulação visa sempre alguma forma de domínio, de controle, ainda que seja para *desmascarar* outro controle ou escapar dele” (ACCIOLY, 2006, p. 56).

Accioly(2006) explica que o que difere simulação de representação é o fator da interatividade, pois:

enquanto a representação é uma categoria estática, que supõe uma separação radical entre sujeito e objeto, a simulação, ao contrário, se define pela interação – pela ação do observador sobre aquilo que constituiu como objeto e recursivamente, também pela ação desse objeto sobre o observador” (ACCIOLY, 2006, 61)

Podemos somar a isso o efeito do real, apontado no artigo de Accioly (2006), pois, mesmo que não tenha a essência de ser uma farsa, a Simulação precisa enganar os sentidos, com o objetivo de alterar a percepção, para cumprir satisfatoriamente sua função de treinamento. Por isso a Simulação deve ser pensada o mais próximo do real possível.

Nesse sentido:

a Simulação mistura o subjetivo e o objetivo, o real e o fictício, o ativo e o passivo (...), o verdadeiro e o falso [...] Antagonizadas pelo pensamento clássico, mas por ironia, sinônimas das artes cênicas, as categorias da representação e da simulação parecem formar um par conceitual. Há um jogo entre elas (ACCIOLY, 2006, p. 62).

1.1 SIMULAÇÃO NO ENSINO DA SAÚDE

É importante lembrar que a Simulação é utilizada em diferentes áreas do saber, como direito, economia, segurança pública, entre outras.

Segundo Ana Loisa de Lima e Silva Araújo¹⁰ e Ana Paula Quilici¹¹ (2012, p. 1), na saúde “Simulação significa ato ou efeito de imitar”. Ainda conforme as autoras,

¹⁰

Fonoaudióloga, coordenadora do Hospital Simulado da Universidade Potiguar.

em 1929, na aeronáutica, é registrada a invenção do primeiro simulador de voo, criado pelo engenheiro Edwin A. Link, a caixa azul (*Blue Box*). Desde aquele período já era utilizada para formação de pilotos, e o uso do Simulador, reduziu em 50% os acidentes aéreos relacionados ao erro humano. Atualmente é exigido como carga horária obrigatória de 40% na formação de um piloto (QUILICI, 2012, p.2).

Sobre influência da aeronáutica, o método de Simulação é ampliado para o ensino em Saúde, sendo hoje “reconhecida como área prioritária pela Associação Europeia de Educação Médica” (QUILICI, 2012, p. 2).

Na educação em Saúde, a Simulação é uma prática interdisciplinar que utiliza saberes das áreas da ciência, saúde, ensino e teatro e é utilizada como apoio didático e pedagógico em cursos de ensino médio integrado, graduação, pós-graduação ou aperfeiçoamento técnico em saúde. É coordenada por docentes e adotada em alguns Hospitais-Escolas¹².

Na literatura médica, encontram-se dois termos: Simulação Realística e Simulação Clínica. Os nomes referem-se à mesma prática, que utiliza recursos do teatro em sua metodologia, tais como cenas, atrizes, atores, camarins, manequins, bonecos, cenários, roteiros, sonoplastia e dublagem. Atualmente, está descrita como componente metodológico curricular no ensino de saúde.

Conforme o pesquisador e supervisor do Centro de Simulação Pediátrica de Harvard, Walter Eppich, “(...) simulação é uma situação criada para permitir que pessoas experimentem a representação de um evento real, como propósito de praticar, aprender, avaliar, testar ou entender sistemas ou ações humanas” (EPPICH, 2006, p.71). A essa definição, poderemos rememorar o conceito de simulação-experimento.

Para que as representações aconteçam, além da estrutura montada como cenários de Simulação em laboratório, são utilizados simuladores de pacientes,

¹¹ Coordenadora do Centro de Simulação e dos Laboratórios da Escola de Ciências da Saúde da Universidade Ahembi-Morumbi. Instrutora de Simulação pelo Clinical Simulation (Harvard) e pelo EuSim (Sociedade Europeia de Simulação).

¹² Hospitais/Escolas, Hospitais são ligados às Universidades. Na literatura, pode receber o nome de Hospital Universitário. Conforme o portal eletrônico do Ministério da Educação (BRASIL, 2017), os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde.

como bonecos, manequins estáticos, *part task trainers*¹³ e pacientes simulados, interpretados por atores profissionais e amadores que interpretam personagens.

Essa prática de ensino está normatizada em nosso país por meio de documentos que norteiam e orientam os Planos de Curso para a área da saúde, como, por exemplo, as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001a). Destaco aqui a Diretriz da graduação de Medicina, que, em suma, prescreve:

IV - aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;
VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida. (BRASIL, 2001a, p.38)

Dessa forma, os estudantes podem treinar possíveis situações, antes de estarem aptos a atender num hospital com pessoas 'reais', em laboratórios com ambientes monitorados. Nesse contexto, o erro faz parte do ato de aprender, pois é problematizado em discussões com o objetivo de evitar que ele aconteça e prejudique uma vida durante o exercício da profissão, ou que cause impacto na saúde mental do profissional envolvido.

De acordo com a pesquisadora Ana Paula Quilici (2012, p. 31), a partir das novas diretrizes, diversas graduações em saúde tiveram que modificar a prática de ensino, sobretudo as escolas de medicina e enfermagem. Isso significa incorporar técnicas de Simulação aos processos de ensino. Entretanto, ainda existe um longo caminho a percorrer, pois, segundo a autora, mesmo com documentos que orientam a prática de Simulação, algumas instituições mostram resistência a essa metodologia.

Além da Simulação, existem outras estratégias metodológicas para que alunos das graduações em saúde aprendam por intermédio dessa experiência. Quanto a isso, referendamos as contribuições da enfermeira Saionara Nunes de

¹³ Dispositivos específicos para treinamento de habilidades de procedimentos invasivos, como passagens de sondas, injeções, intubações, compressões, entre outras. São manequins que representam partes do corpo humano, tais como: cabeça, perna, braço, abdome, aparelho reprodutor masculino e feminino, entre outros.

Oliveira¹⁴ (2013, p. 43), que nos desafia a refletir sobre as questões éticas e metodológicas no ensino da saúde, fazem suas primeiras experiências muitas vezes nos colegas, em si próprios ou com pacientes reais. Segundo ela,

Para que os alunos de enfermagem aprendam de forma experiencial, muitos cursos utilizam estratégias para o treinamento de habilidades, como administração de medicação parenteral, sondagem, curativo, imobilização, dentre outros, nos próprios alunos. Muitos, no entanto, acabam desenvolvendo essas habilidades diretamente nos pacientes reais que se encontram nos hospitais e ambientes de cuidado (OLIVEIRA, 2013, p.43).

Tendo essa reflexão como referência, podemos pensar que, sobre a situação de aprendizagem em ambientes reais, alunos e pacientes, no método tradicional, são colocados em risco. Muitas dessas questões estão em jogo, quando pensamos nesse tipo de formação, na qual os pacientes, em especial aqueles que necessitam dos hospitais públicos, transformam-se em corpos para o treinamento de futuros profissionais, demarcando, assim, um tipo de serviço de saúde e um tipo de abismo entre classes na formação profissional. Em suas reflexões sobre as questões éticas envolvidas na formação do estudante, Oliveira (2013, p. 43) questiona:

(...) é ético expor alunos de um curso de graduação ao risco de um procedimento invasivo para que habilidades sejam praticadas? Os pacientes que se encontram em hospitais-escola precisam ser expostos ao cuidado de um aluno inexperiente para que ele possa treinar suas habilidades? E seria justo com os próprios alunos colocá-los em situações de estresse extremo cuidando de vidas humanas, sem que tenham praticado e aprendido com seus erros em ambiente simulado? (OLIVEIRA, 2013, p. 43)

Nesse ponto, é importante destacar os problemas levantados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) sobre a preocupação relacionada ao alto índice de “suicídios entre residentes de medicina e enfermeiros, em que o desencadeante maior era atribuído ao impacto emocional cotidiano” (BRASIL, 2010b, p. 25), principalmente entre os profissionais responsáveis em comunicar as más notícias ao paciente ou a suas famílias. Esse fato mobilizou o INCA a participar ativamente do projeto de humanização no sentido de ‘cuidar de quem cuida’, buscando outros métodos de ensino e treinamento para abrandar o impacto emocional, levando os

¹⁴ Professora da graduação de enfermagem da UFSC, na sua dissertação de mestrado pesquisou a *SIMULAÇÃO CLÍNICA COM PARTICIPAÇÃO DE ATORES PARA O ENSINO DA CONSULTA EM ENFERMAGEM*. (OLIVEIRA, 2013)

profissionais do INCA a se engajar nessa metodologia de treinamento que utiliza recursos de teatro na formação dos profissionais.

Se, por um lado, a reflexão sobre as formas tradicionais de formação dos profissionais na área da saúde já vem sendo feita, por outro, a reflexão sobre as experiências concretas de ensino por Simulação estão apenas iniciando. Além disso, as pesquisas existentes são quase exclusivamente da área da saúde. O Ensino por Simulação e os recursos de teatro presentes nela já estão referendados pela comunidade acadêmica de Saúde e podem ser pensados também pelo Teatro, na perspectiva de uma formação humanizada, com o espírito crítico que esse campo do conhecimento tem acumulado sobre suas práticas, suas possibilidades e seus limites. Retomando o pensador Edgar Morin (2014, p.35), na obra *A Cabeça Bem Feita*, também acredito que a Arte pode nos ensinar a ver o mundo “para além das aparências as quais o mundo representa” (MORIN, 2014, p. 35).

1.2 SIMULAÇÃO: PROPOSTA PARA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES EM SAÚDE

Conforme registros que constam no livro *Simulação Clínica*¹⁵, do conceito à aplicabilidade (QUILICI, et al, 2012, 02), as primeiras Simulações, como metodologia de aprendizado, são datadas entre o período de 131 a 200 d.C., quando Cláudio Galeno de Pérgamo desenvolveu habilidades para tratar feridas de gladiadores em exercícios de dissecação de animais. Essa prática permitia que Galeno treinasse em animais procedimentos como sutura e tratamento de feridas antes de fazê-los nas pessoas.

Com o passar do tempo, a experiência de vivenciar procedimentos de aprendizagem tradicional, baseadas em dissecação¹⁶ e vivisseccão¹⁷, surtiram debates, polêmicas e denúncias. Cabem, aqui, as contribuições dos professores César Augusto Dinóla Pereira¹⁸ e Raúl Garaballo Guevara¹⁹, sobre utilização

¹⁵ Termo genericamente utilizado em Hospitais-escola que utilizam no ensino o método de Simulação.

¹⁶ Ação de seccionar partes do corpo ou órgãos de animais mortos. (KNIGHT, 2007, p.214)

¹⁷ Realização de intervenções em animais vivos anestesiados ou não. (KNIGHT, 2007, p.214)

¹⁸ Graduado em Medicina Veterinária pela Universidade de São Paulo (1991), mestrado em Ciências Biológicas (Microbiologia) pela Universidade de São Paulo (1997), doutorado em Ciências Biológicas (Microbiologia) pela Universidade de São Paulo (2002) e MBA Executivo pela Business School São Paulo (2014). Desenvolve pesquisas na área de Microbiologia, com ênfase em Microbiologia Médica,

indiscriminada de animais para aprendizado de habilidades técnicas. Ambos defendem a Simulação como método relativamente superior aos métodos tradicionais, e também o aperfeiçoamento de métodos alternativos. Conforme os autores, antes de tudo, o processo de ensino deve ser uma opção pela ética, pois, além de as (os) estudantes serem expostos a desagradáveis sensações de dissonância cognitiva, podem passar por um processo de dessensibilização. Pereira e Guevara afirmam que “pessoa dessensibilizada mantém desinformada do sofrimento causado ao animal, nega sua existência, não se preocupa com isso ou acredita que ele é justificável pela importância do trabalho.” (GUEVARA; PEREIRA, 2012, p. 117).

Com a Lei n. 9.605 – Lei de Crimes ambientais, cujo mérito foi transformar em crime o que antes era apenas contravenção, “a crueldade para com os animais, a prática da vivissecação passou a ser considerada delituosa” (GUEVARA; PEREIRA, 2012, p. 119). Essa lei prevê penalidades, caso exista método alternativo, no intuito de proteger a vida e a integridade dos animais e combater ao uso indiscriminado de animais no ensino.

O assunto fica mais delicado e conflituoso quando se trata de vida de seres humanos. Nos princípios de igualdade/equidade e integralidade, que serão abordados no capítulo sobre a construção do SUS, está previsto que o atendimento à saúde deveria ser norteado por solidariedade e generosidade, considerando que o paciente é um sujeito, está integrado à sociedade, pertence a uma comunidade, a uma família e quando busca atendimento é por precisar de cuidados, não podendo simplesmente ser considerado um mero órgão ou objeto de estudos.

A proposta de Integralidade também está prevista no Artigo 12 das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. O inciso IV estabelece que a estrutura deveria “promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais”.

A esse pensamento, acrescentamos ainda que,

Caminhando nesta lógica, advoga-se que os cursos da área da saúde se devam voltar para a formação de profissionais capazes de resolver

problemas de saúde, integrar-se em equipes multiprofissionais, reconhecer as determinações sociais, subjetivas e biológicas da saúde/doença²⁰, elaborar planos terapêuticos articulados a essas determinações, construir vínculos e assumir responsabilidades ao lidar com a cura e a reabilitação dos pacientes. (SANTOS p. 34).

Essas reflexões e debates foram essenciais na construção de um novo pensar sobre o ensino em Saúde, pois, diante disso, diversas instituições que ofereciam cursos de Saúde tiveram que rever suas práticas, adotando novas metodologias e incluindo a prática de Simulação em suas propostas pedagógicas.

É importante lembrar que a inserção da Simulação Realística²¹ nos currículos das graduações em Saúde começou após a publicação de uma pesquisa, do ano de 2001, do Instituto Americano de Medicina, o *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro). A referida pesquisa, na época, estimava que,

[...] a cada ano morriam entre 45 e 98 mil pacientes em consequência do erro médico, sendo a maioria dessas mortes secundárias a problemas no sistema. Esse informe exigiu a troca generalizada das práticas sanitárias e aclarou o benefício do trabalho em equipe e da simulação para melhorar a segurança do paciente. Em virtude da necessidade de se evitarem erros em saúde, é imprescindível uma melhora na formação dos profissionais e – por sua estrutura e aplicação relacionadas à melhoria da autoeficácia, confiança, competências e rendimento operativo em casos reais – a simulação pode contribuir para isso”. (QUILICI, 2012, p. 13)

Quanto à nova formação de profissionais, a Simulação é indicada antes dos primeiros contatos ou procedimentos, em laboratórios próprios, num ambiente seguro e supervisionado, com a utilização de bonecos ou manequins e com participação de atores e atrizes. Assim, é possível discutir e refletir sobre um possível erro que possa surgir ou acontecer na cena simulada, no intuito de prevenir os alunos na prática profissional real, antes que uma vida, independentemente da forma ou condição, seja prejudicada.

²⁰ Fatores que determinam o processo de saúde/doença numa sociedade. Atrelado a este conceito, podemos destacar o de inequidade, que conota aquelas diferenças e variações que não são apenas desnecessárias e evitáveis, mais desleais e injustas – diferenças ou disparidades em saúde. Além de evitáveis são desleais e injustas (nota de aula do professor doutor Guilherme Souza Cavalcanti, na disciplina Determinação Social da Saúde, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UFPR, 2017).

²¹ Termo metodológico registrado pelo Hospital Israelita Albert Einstein.

Conforme Quilici (2012), a Simulação faz parte de uma proposta metodológica que dialoga com um sistema contemporâneo de ensino em Saúde, nomeada na literatura como Metodologia Ativa. Entre os objetivos dessa metodologia, está a busca por um saber interdisciplinar na formação de profissionais de saúde voltados para a compreensão de uma sociedade em mudança e para o trabalho em equipe, bem como considerar a visão do aluno como centro do processo e construtor de sua aprendizagem.

Nessa proposta, os estudantes são instigados a assumir a responsabilidade sobre seus atos, o que nos remete às reflexões de Freire (1987) sobre a necessidade da conscientização do sujeito no processo de ensino/aprendizado, tomando consciência de si e do mundo, no sentido de conquistá-lo para torná-lo mais humano, na responsabilidade de vivenciar a educação como prática da liberdade. Por essa perspectiva, os estudantes deixam de ser “tábuas rasas” (FREIRE, 1987), passivos, depositários de conceitos e conhecimentos ou espectador do processo de aprender. A aprendizagem problematizadora se pauta no diálogo e leva às dimensões da ação e reflexão. Trata-se de uma maneira de ensinar e aprender de forma reflexiva em problemas cotidianos de maneira a transformar a realidade. Para Paulo Freire, “ninguém nasce feito: é experimentando-nos no mundo que nós aprendemos” (FREIRE, 2008, p. 40).

Segundo esse ponto de vista, as (os) estudantes precisam comprometer-se com seu aprendizado e

Ao professor cabe a função de facilitar esse processo, buscando uma prática educativa “ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites de treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão (MITRE, 2008, apud OLIVEIRA, 2013, p. 35)

A Simulação foi sendo pensada a partir dessas concepções e de um pensamento social crítico sobre as relações entre ciência e sociedade, em especial entre profissionais da saúde e da população que eles atendem. O próprio estudante, nesse caso, é visto de forma mais humana. Mediante o ensino por Simulações, podem-se enfrentar problemas em situações muito próximas daquelas que ele encontraria na prática de assistência.

Os documentos oficiais do INCA apontam o Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo como precursor em implantar a metodologia da Simulação no ensino

da Saúde. Sobre essa metodologia, encontra-se no portal do Hospital Albert Einstein a seguinte informação:

Utilizando simuladores, manequins e atores, em instalações que criam um hospital-virtual, a simulação realística capacita os profissionais em todo o ciclo de atendimento ao paciente: a chegada, procedimentos, resultados, relação com familiares e equipe médica. Nesse ambiente é possível treinar profissionais e equipes em diferentes cenários, inclusive os mais raros e os de maior risco. (...) Mas a missão desse Centro é maior. Com a capacidade para treinar 20 mil profissionais por ano, estará a serviço de toda a sociedade, para apoiar indivíduos e equipes de instituições públicas de ensino e saúde em todo o país, na melhoria das práticas de atendimento ao paciente. (Hospital Albert Einstein, 2015).

Conforme indica a citação, o hospital virtual é montado em laboratórios de Simulações, nos quais existem diferentes cenários com o objetivo de treinar equipes de saúde diversas. O documento do INCA descreve como as Simulações se estruturam e acontecem:

(...) a equipe do Hospital Albert Einstein responsável pela gerência dos projetos comunitários (...) organizou oficinas de sensibilização que estavam previstas (...) Nestas oficinas os participantes passaram por quatro cenários de Simulação Realística em que cada vez um dos profissionais contracenava com atores em situações previamente construídas, retiradas da realidade cotidiana (...) Após cada simulação, desenvolvia uma discussão (*debriefing*) com base em uma definição de competência, ampliada a partir do protocolo de SPIKES (BRASIL, 2010b, p. 29).

A prática acontece como formação e treinamento dos profissionais em saúde, e por essa referência também é notória a utilização dos recursos teatrais a serviço da metodologia de Simulação.

No intuito de conhecer a prática no hospital referência, para aprofundar os estudos, desde a elaboração do projeto de pesquisa até o presente momento, foram feitos contatos telefônicos e enviados vários e-mails para o departamento de Simulação do Hospital Albert Einstein. Nas primeiras interações com a coordenação do Centro de Simulação, o acesso à informação parecia não ter restrições; entretanto, no ano passado a situação mudou. Conforme orientação do próprio hospital, enviei uma carta de apresentação juntamente com a coordenação do Programa de Pós-Graduação em Teatro da UDESC e, desde então, não foi obtido

êxito para marcar um horário para uma visita técnica²², tampouco para a realização do trabalho de campo na instituição conforme pensado inicialmente. Diante desses fatos, em função da dificuldade encontrada para realização do trabalho de pesquisa na instituição, optei por desenvolver o trabalho de campo em três outras instituições que acolheram a pesquisa. No tocante à pesquisa, seria essencial saber como o trabalho dos artistas acontece, tanto nos cenários de simulações como na construção de personagens, além das condições estruturais, como, por exemplo, os contratos e vínculos de trabalho. A importância da realização da pesquisa nesse hospital dava-se não apenas por ser um dos precursores da Simulação no Brasil, mas também porque nesse hospital os artistas contratados, são profissionais formados, e alguns deles fazem parte do quadro de funcionários permanente do departamento de Simulação, o que apontava para uma das reflexões da dissertação sobre a Simulação como campo de trabalho para os profissionais de teatro.

1.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS é o sistema de saúde pública oficial do Brasil, resultado da participação e luta da sociedade civil organizada oriunda de diversas esferas, tais como: Movimentos de Saúde²³, Sindicatos, Movimento Feminista, profissionais da saúde, estudantes, pesquisadores, parlamentares e entidades como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES²⁴) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO²⁵). Segundo, a enfermeira Zenaide Neto Aguiar²⁶ (2015, p. 44), esses setores ansiavam por mudanças na área da saúde,

²² Visita Técnica: é uma atividade que se caracteriza por observações de procedimentos técnicos, assistenciais e gerenciais, acompanhada pelo profissional técnico responsável, no intuito de conhecer os laboratórios de Simulação.

²³ Conforme Aguiar (2015, p. 34), esse movimento surgiu na cidade de São Paulo, na região leste, no final dos anos 70 e espalhou-se para outras regiões de maneira articulada. Era composto por moradores da periferia, maioria mulheres, que lutavam pela ampliação e qualidade dos serviços de saúde nos seus bairros, por saneamento básico, creches, educação e outras políticas públicas, consideradas como direito de cidadania e dever do Estado. Esse movimento articulou-se aos demais, reforçando a luta pela Reforma Sanitária Brasileira.

²⁴ Criado em julho de 1976, por meio da Revista Saúde em Debate, que mantinha um espaço de divulgação dos problemas de saúde brasileira, de críticas e propostas para reformas do sistema de saúde. (Aguiar, 2015, p.35)

²⁵ Criada em 1979, atuava na formação de profissionais com ênfase na saúde coletiva e articulações com a sociedade organizada e o poder público para reorganização das políticas públicas de saúde. (Aguiar, 2015, p.35)

²⁶ Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade Santa Marcelina (FASM).

desde os anos 70 e 80. Conforme Aguiar (2015, p. 37), “esse clima de ebulição participativa e de lutas por ampliação da cidadania foi favorável para se colocar a saúde na agenda política”.

No ano de 1986, aconteceu em Brasília a VIII Conferência Nacional da Saúde, conforme o documento do Conselho Nacional de Secretário de Saúde²⁷:

A 8ª CNS representou o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século XX, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um sistema público de saúde para o Brasil. Essa conferência colocou em pauta três aspectos necessários à reforma sanitária: um conceito amplo de saúde que extrapola a visão meramente biologistas; a saúde como direito de cidadania e obrigação do Estado; e a instituição de um sistema único pautado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade (BRASIL, apud AGUIAR, 2015, p. 44).

No ano de 1988, a Constituição Federal foi promulgada, e o SUS foi criado juntamente a ela, especificamente nos artigos 196 a 200 da seção II, que trata sobre a Seguridade Social. No artigo 196, a saúde é garantida como “direito de todos e dever do Estado, que deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Cabe salientar que o diferencial da Constituição Federal de 1988, comparada às outras que existiram em nosso país, é o reconhecimento de muitos direitos, inclusive o da saúde a todos os cidadãos. Conforme a Constituição, o Estado deve garantir o direito à saúde, por meio de políticas públicas sociais. É importante sabermos que, antes da criação do SUS, a assistência à saúde limitava-se apenas às classes dominantes e aos trabalhadores que estavam inseridos formalmente no trabalho.

As inclusões dos trabalhadores rurais, das empregadas domésticas e trabalhadores autônomos aconteceram apenas nos primeiros anos da década de 1970. Às outras pessoas, como indígenas, negros e brancos pobres, com trabalho informal, restavam os recursos da sabedoria e medicina popular ou da boa vontade da Igreja, que mantinha instituições como as das Santas Casas de Misericórdias, que se destinavam a ser abrigos para doentes, indigentes e viajantes que não tinham acesso a médicos.

²⁷ Conforme mesma autora, no ano de 1987, Ulisses Guimarães foi eleito para presidir a nova constituição brasileira, com a proposta de ter participação social através de instrumentos jurídicos.

A participação popular, na criação do SUS, garantiu avanços para democratização do acesso à saúde. Contudo, entre a aprovação da Constituição e a consolidação dos direitos, o caminho foi longo. As conquistas, conforme Aguiar (2015), foram posteriores à década de 1980²⁸. Além disso, ao longo desse caminho sofreram muita resistência, enfrentando vários embates e indicando que o movimento que pressionou para consolidação das leis se manteve ativo em sua regulamentação.

Conforme a mesma autora:

A política pública do SUS já nasce enfrentando o caos em que estavam os serviços de saúde e da descrença popular em relação ao Estado. A reforma sanitária deparou, no período de 1988 a 1992, com dois governos: Fernando Collor de Mello [que criou dificuldades para retardar o processo] e Itamar Franco [que embora distintos] reforçaram o projeto conservador em saúde, com a implantação distorcida do SUS, e ao apoio médico-assistencial privatista [...] com interesse de lucro na saúde, tais como medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro-saúde, evidenciando um projeto conservador antagônico à política pública de saúde defendida pela reforma sanitária. (AGUIAR, 2015, p. 37)

A partir disso, podemos entender que o SUS nasce contra os interesses de grupos que queriam obter lucros com a saúde/doença e que, na contramão, os movimentos sociais foram fundamentais e combativos contra os interesses em prol da mercantilização da saúde proposta por setores privatistas e pelo projeto neoliberal.

O Sistema Único de Saúde é único, por ser o mesmo em todo o território nacional. Ele segue doze princípios doutrinários e organizativos em todo o território nacional. Um princípio, nesse caso, é aquilo que fundamenta uma regra amparada por lei, algo que deve ser respeitado, que não poderia ser quebrado. Nesta dissertação, daremos destaque a cinco desses princípios.

Entre os princípios doutrinários, o primeiro é princípio da **igualdade/equidade**, que envolve solidariedade, generosidade e convivência entre

²⁸ O Congresso Nacional levou dois anos para aprovar a primeira Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080/90. Essa lei sofreu vários vetos do então presidente Fernando Collor de Mello, especialmente nos itens sobre financiamento e controle social (pela comunidade através de conselhos de saúde) e depois de muitos debates e com a presença da Sociedade Civil Organizada foi aprovada a Lei 8.142/90, que recuperou algumas perdas da Lei 8.080/90. Ambas receberam o nome de Leis Orgânicas da Saúde. (AGUIAR, 2015)

diferentes e diferenças. Esse princípio junta duas palavras, justamente para distingui-las, pois igualdade é diferente de equidade.

Esse princípio defende o atendimento a todos, livre de julgamento da moral ou preconceitos. Nesse caso, não se deveriam²⁹ levar em conta as diferenças, sejam quais forem elas. Esse princípio procura assegurar o atendimento em saúde a todos e todas, morando a pessoa onde morar, sem privilégios ou barreira. Partindo dessa premissa, as pessoas enfermas deveriam ter acesso às tecnologias da saúde e serem tratadas conforme sua necessidade, priorizando as que têm maior necessidade em função do risco, condições de vida e de saúde. (BRASIL, 2010a).

O segundo princípio é o da **universalidade**, previsto no artigo 196 da Constituição, que “garante a saúde como direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 2007a). Nesse sentido, não se deveria importar com a orientação sexual, idade, religião, partido político, situação econômica, contribuição previdenciária, ou qualquer outra diferença dada a esse princípio. E isso quer dizer que todos os brasileiros teriam direito à saúde e aos serviços de saúde de que precisam, independentemente da complexidade, custo ou atividade. O financiamento da saúde é feito com recursos de dinheiro de vários impostos que pagamos, recursos que nesse princípio são nomeados de financiamento solidário, sendo de responsabilidade de toda sociedade a sua fiscalização.

O terceiro princípio, o de **integralidade**, é descrito no artigo 7º da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90) :

Art. 7º (...) II integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2007a)

Ou seja, todos os serviços de saúde deveriam estar integrados, funcionando em rede. Se a pessoa precisar de outros serviços fora da Unidade Básica de Saúde (UBS), ela deveria ter acesso. Assim, por esse princípio, o serviço deveria ser integrado, já que, conforme previsto em lei, precisa oferecer, desde informações

²⁹ Chamamos atenção aqui para o uso do verbo no condicional, o que ocorrerá na descrição dos demais princípios. Esse artifício da linguagem tem como objetivo chamar atenção para as contradições latentes nos serviços de saúde no Brasil, que apresenta um grande descompasso entre o que dita a lei, a forma de sua regulamentação e a efetiva

preventivas sobre escovar os dentes, até cirurgias complexas, como a de transplante de coração.

Outra parte da integralidade diz respeito ao modo como o Movimento da Reforma Sanitária e a Constituição Federal entendem Saúde: a Saúde é um todo e não se restringe apenas no atendimento dos indivíduos em suas diferenças, tais como idade, situação física, psíquica ou condição financeira, mas como um ser que faz parte de uma família, comunidade e está integrado à sociedade. Sendo assim, vive num contexto específico. Quando procura assistência médica, é por necessitar de cuidados para recuperar a saúde. Esse princípio garante que a pessoa não pode ser vista apenas como uma parte ou órgão fragmentado de um contexto ou mero objeto de estudo.

Entre os princípios organizativos, temos os que dão base para a estrutura e funcionamento do SUS, garantindo que ele seja realmente um sistema único. Destacamos o quarto princípio, que é a **descentralização**, no contexto do SUS, ou seja, precisa estar o mais próximo de todas as pessoas, sendo de preferência o mais próximo de nossas casas. O ideal, de acordo com esse princípio, é que nós possamos ir a pé até a Unidade Básica de Saúde (UBS) e lá receber os serviços básicos de Saúde. Isso já havia sido pensado na Reforma Sanitária, ao longo dos anos 1970 e 1980, embora tenhamos ciência de que a realidade não é bem assim.

O quinto princípio é o do **controle social**, realizado pelos conselhos de saúde. Um controle social bem feito poderia garantir que a população pudesse participar do processo de construção do SUS e decidir sobre o funcionamento dos Serviços de Saúde, como e onde deve ser implantada uma nova UBS, ou o melhor horário de funcionamento de um Serviço. O controle social pode ser feito de várias maneiras, dentro das instâncias do SUS, como os conselhos municipais de saúde (onde qualquer pessoa pode participar) e conferências de Saúde (organizadas de quatro em quatro anos para discutir políticas na área da Saúde).

Para além das UBS, fazem parte do SUS outras instâncias, como a Vigilância Sanitária (ANVISA), a Vigilância Epidemiológica, a Saúde do Trabalhador e a Saúde da Família. Caso os Hospitais Públicos, UBS ou Centros de Pronto Atendimento não tenham profissionais especialistas ou equipamentos necessários, o serviço deveria ser complementado pelo setor privado, como clínicas, laboratórios e hospitais conveniados.

O SUS existe há 28 anos e é suscetível a regulamentações e atos do poder legislativo e da política vigente. Está em processo de construção e consolidação. No entanto, a democratização do acesso à saúde precisa ser aperfeiçoado, pois, conforme aponta Aguiar (2015), na prática o Sistema enfrenta limites ainda bem sérios:

(...) posto a mudança do próprio modelo assistencial, caracterizado predominantemente pela assistência médica individual e curativa, biológica, fragmentada, hospitalocêntrica, associada a uma utilização irracional de recursos tecnológicos e medicamentos, com conseqüente baixa cobertura e pouca resolutividade dos problemas da saúde da população (AGUIAR, 2015, p. 46).

Com quase trinta anos, o Sistema foi criado para cumprir o direito à saúde. Na condição de cidadãos brasileiros, precisamos conhecer seus princípios e nos conscientizar de que podemos participar dele para que ele seja mantido e aperfeiçoado, especialmente em nosso país, onde as desigualdades socioeconômicas ainda caracterizam um sinônimo de exclusão e acesso aos bens e serviços de Saúde. Embora represente um avanço no campo de políticas públicas para a saúde, o SUS exige um grande esforço por parte da sociedade, inclusive dos que trabalham ou irão trabalhar na área, para um enfrentamento criativo diante da atual conjuntura política, no sentido de fortalecê-lo como um Sistema capaz de promover ações propositivas em saúde.

1.3.1 A Humanização do SUS e o ensino por Simulação

A criação do SUS, na Constituição Federal de 1988, e sua institucionalização em 1990, por meio das Leis Orgânicas da Saúde, podem ser consideradas um grande avanço para democratização da saúde no Brasil. Com todos os limites e retrocessos que nosso Sistema de Saúde possui, nesses 28 anos de existência, podemos dizer que ele é um Sistema que resiste na contramão de políticas neoliberais, que reduzem verbas para educação e saúde e que, desde os anos de 1980, vêm impondo ao Estado a redução de seu papel e conseqüentemente o não acesso à saúde.

Desde sua criação, conforme a enfermeira e pesquisadora Zenaide Neto Aguiar (2015), o SUS tem significado um avanço na democratização da Saúde e no acesso às tecnologias de tratamento para pessoas que antes eram excluídas do Sistema. Porém, essa mesma pesquisa coloca como desafio a discussão sobre a

qualidade dos serviços prestados, sabendo que essas pessoas quando procuram os serviços de saúde o fazem porque precisam de atenção e cuidados, não podendo simplesmente passar de sujeito para corpos ou órgãos descontextualizados.

No ano de 2001, além da publicação das reformas curriculares para formação em Saúde, a Sociedade Civil Organizada colocou em pauta a questão da melhora do atendimento para os usuários do SUS. Na época, a equipe ministerial de Saúde coordenou uma pesquisa sobre a qualidade dos serviços prestados no SUS. A partir dela, foi diagnosticada a necessidade de oferecer um atendimento seguro e humanizado aos usuários. O resultado da pesquisa desencadeou o Projeto Piloto de Humanização Hospitalar, que objetivou sistematizar as primeiras discussões para a implantação de uma nova cultura no atendimento oferecido pelos profissionais do SUS, conforme os resultados da pesquisa,

(...) a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento (...) são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos (...) [E] É no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.”(BRASIL, 2001c, p.5).

Dez anos depois dessa pesquisa, aconteceu a implantação de diretrizes para o atendimento humanizado. Por meio das cartilhas do HUMANIZASUS, que é uma coleção que descreve experiências que deram certo no SUS e que constroem novos protocolos de serviços em saúde oferecidos pelo Sistema, especificamente os volumes 01 e 03 reconhecem que o hospital também local destinado ao processo de ensino-aprendizagem, bem como o trabalho de equipes multidisciplinares³⁰. Além de se preocupar com a qualidade do atendimento que o usuário recebe no Sistema, o documento preocupa-se com a formação e valorização dos trabalhadores da saúde e também prevê mudanças na formação, tanto de quem atua no SUS quanto para os estudantes ou acadêmicos que irão ingressar no Sistema, como trabalhadores. Essa formação, conforme documento, vem sendo problematizada de diversas formas, desde novos debates sobre as reformas curriculares até a introdução de

³⁰ Equipe Multidisciplinar: com formação em saúde ou não, no entanto de áreas diferentes: médicos em termos gerais oriundos de especialidades específicas: pediatra, ginecologista, neurologista; enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, administradores, recepcionistas, seguranças, professores, artistas, entre outros.

inovações pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2011, p.18). Entre as inovações pedagógicas está a Simulação.

1.3.2 Desassossegos: formação humanizada em saúde

Entenderemos melhor o conceito de humanização ao fazermos um paralelo ao seu contrário, a desumanização. Para Freire (1987, 1996), a desumanização se dá no processo das opressões das classes muito ricas sobre as muito pobres; na humanidade negada [pelos determinantes sociais], no homem objetificado, isolado, a desumanização pelo fato de oprimir. Nesse sentido, para Paulo Freire, a desumanização contradiz “a vocação natural da pessoa – a de ser sujeito e não objeto [...]” (FREIRE, 1996, p. 65)

Postas nesses termos, a humanização refere-se a determinadas formas de relação da vida em sociedade em que não se estabelecem relações de opressão e objetificação do outro. Onde cada um, na perspectiva de Paulo Freire, deveria ser sujeito de sua própria história.

Na área da saúde, a humanização é discutida por vários autores. No ambiente hospitalar, ela é regulada por políticas públicas (BRASIL, 2010b) e tem como justificativa melhorar a qualidade do serviço prestado, bem como indicativos de satisfação do usuário e dos trabalhadores de saúde. Para que seja implantada em todo território nacional, a prática de humanização utiliza o Método da Tríplice Inclusão: inclusão dos sujeitos, dos coletivos e das perturbações que essas inclusões produzem, nos modos de administrar os serviços de saúde e nas relações clínicas, sendo essas relações destacadas como as mais importantes na prestação do serviço de saúde e que, em última instância, culminam nas atitudes e comportamentos das pessoas.

Nessa via, a humanização proposta significa acolhimento e inclusão das diferenças, fato que vem produzindo estranhamento e provocando “contentamento e a alegria e mal-estar” (BRASIL, 2010b, p.06). A inclusão das diferenças suscita movimentos ambíguos, os quais precisam ser suportados e sustentados por práticas que promovam o convívio com as diferenças e a pluralidade que compõem a diversidade humana na vida social.

No ambiente hospitalar, ou em qualquer serviço ofertado pelo SUS, profissionais deveriam se dedicar ao alívio do sofrimento e da dor, tendo como base

os princípios éticos de respeito à vida, às diversidades, às subjetividades, às culturas dos indivíduos envolvidos.

Todavia, Morin (2014, 2005) nos ensina que a natureza humana é permeada por contradições e dubiedades e que a humanidade não é algo dado ou fixo. O autor explica que a humanidade surge entre pluralidades e justaposições de trindades: indivíduo/sociedade/espécie; cérebro/cultura/espírito; razão/afetividade/pulsão. Sendo que o *homo* é, ao mesmo tempo, *sapiens* e *demens*, bipolarizado, um *homo complexus*. Morin nos alerta para o paradoxo de que a desumanização faz parte da humanidade.

A ideia de que há desumanização na humanidade é apontada também por Comte-Sponville, citado por Rosana Lúcia Alves de Vilar³¹(2014). Esse autor, segundo Vilar, vai apontar a desumanização como parte de cada um de nós, assim como o combate a ela. Nesse sentido, a autora explica a posição de Comte-Sponville,

(...) quando se diz que a tortura é própria do homem, mas o combate à tortura também; a guerra é própria do homem; mas a luta pela paz e pela justiça também. E acrescenta [dentro da história dos perversos] que a perversão é a negação da liberdade, aniquilamento, a destruição, o domínio, a crueldade, mas também a superação de si, a grandeza. E nesse sentido, complementa que a perversão pode ser entendida como liberdade, pois aquele que projeta é simultaneamente carrasco e vítima, senhor e escravo, bárbaro e civilizado [...] Os perversos são uma parte de nós mesmos. (VILLAR, 2014, p. 27)

Essa afirmação pode gerar certo desassossego, desconforto e mal-estar . Ainda conforme Vilar:

Na área da saúde, essa desumanização assume dimensões ameaçadoras à própria noção de vida humana digna. Nesse sentido, escreveu Freud: “os homens chegaram agora tão longe na dominação das forças da natureza que, com a ajuda destas últimas, ficou muito mais fácil exterminar-se até o último deles”. Os horrores dos campos de extermínio e de experimentos médicos e biológicos protagonizados pelo nazismo, com o genocídio de milhões de seres humanos, a exemplo do campo de concentração de Auschwitz, como diz Elizabeth Roudienesco “o paradigma da maior perversão possível do ideal da ciência” ou uma banalização do mal, como sugere Hannah Arendt. Ao mesmo tempo, tudo isso indica que a planificação biológica da vida assim contribuiu para engendrar uma das mais brutais formas de totalitarismo do século XX. (VILLAR, 2014, XVII)

³¹ Enfermeira, mestra e doutora em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), onde também é professora do Departamento de Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc) e pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN. Autora da Humanização na estratégia da Saúde da Família.

A desumanização denunciada por Vilar (2014) se dá na crítica da mercantilização da vida, numa nova forma de escravidão. Ela dá o exemplo da barbárie do ato de compra e venda de órgãos e de como esse ato se inscreve nas relações de dominação, sujeição e objetificação: “É evidente que nessas relações o vendedor é o pobre e o comprador é o rico” (VILLAR, 2014, XVII).

Outros exemplos podem ser citados nesse sentido, em que a vida humana passa a ter um valor inferior ao lucro, como no caso do desvio de recursos destinados à saúde pública, ou no caso de materiais que deveriam ser descartados são reutilizados, contaminando e colocando em risco a vida dos usuários, também em nome do lucro³².

A essa realidade junta-se, em nosso país, “uma assistência precária, fria, utilitarista ou mesmo a inexistência e exclusão de um sistema público de saúde destinado a substanciais parcelas da população brasileira, apesar dos inegáveis avanços do SUS.” (VILLAR, 2014, XVII).

Diante da barbárie apresentada, entendemos que a humanização não depende somente das lutas pelos direitos básicos da vida e da saúde, embora sejam importantes, principalmente no Brasil, que ainda se encontra na situação de ser um país que está em fase de transição para democracia (FREIRE, 1996). E esse trânsito gera contradições enraizadas na história do Brasil Colonial, de onde saíram gerações pessimistas e desesperançosas. Essas gerações ficaram sempre à margem, permanecendo quietas e mudas diante dos acontecimentos (FREIRE, 1996).

Paulo Freire aponta para a necessidade de se repensar a educação brasileira no sentido de ela ser capaz de contribuir para superar nossa inexperiência democrática, apontando para uma participação que “possa provocar um novo caminho dentro do processo, que o conduza para [...] as formas mais autênticas e humanas de vida” (FREIRE, 1996, p. 91), mantendo a preocupação com:

(...) uma educação para o desenvolvimento e para democracia, que entre nós, haveria de ser a que oferecesse ao educando instrumentos com que resistisse aos poderes do “desenraizamento” de que a civilização industrial a que nos filiamos, está amplamente armada [...] Uma educação que

³² Um exemplo desta situação é a denúncia que veio à tona na TV, em reportagem veiculada no portal do G1, que denuncia um dos mais conceituados hospitais da América do Sul ao Ministério Público Federal, acusado de reutilizar materiais descartáveis como agulhas e fios sujos, cabos, aparelhos, moldes de gesso, no intuito de desviar dinheiro da saúde pública.

possibilitasse ao homem a discussão corajosa de sua problemática. De sua inserção nesta problemática. Que advertisse dos perigos do seu tempo, para que consciente deles, ganhasse a força e a coragem de lutar, ao invés de ser levado e arrastado à perdição de seu próprio “eu” submetido às precisões alheias. (FREIRE, 1996, p. 99, aspas no original).

As reflexões realizadas por Paulo Freire em 1967, quando esteve no exílio chileno durante a ditadura militar brasileira, permanecem atuais para a educação brasileira, no que pese seus avanços, como para muitos dos direitos políticos e sociais que vivemos atualmente. Freire propõe uma educação que nos dê estruturas e poderes intelectuais, para resistirmos o peso da herança cultural, dos silenciamentos diante da barbárie e da desumanização. Segundo Freire (1996), a essência da democracia envolve mudança, portanto deveria garantir maior flexibilidade e autonomia no agir educativo, pois assim estaríamos contribuindo para uma formação humanizada, vivenciando no ato da formação o exercício da democracia.

Os processos históricos são lentos, porém vão consolidando mudanças, como foi no caso da construção do SUS, quando pessoas excluídas do Sistema começaram a ter acesso aos cuidados médicos.

Nos princípios organizativos do SUS, encontramos um sistema que vai contra as leis do mercado, tais como os princípios da igualdade/equidade, da universalidade, da integralidade, da descentralização e do controle social. Conforme Silva (2009), o SUS é responsável pelo cuidado de 75% da saúde da população brasileira. E mesmo com os avanços, principalmente no acesso à democratização dos cuidados da saúde, o SUS é um Sistema que está em construção permanente. Seus limites, desafios e possibilidades dependem diretamente de “fatores diversificados, relacionados aos contextos político, econômico, social e cultural” (VILAR, 2014, p. 5). Ainda conforme a autora:

As mudanças propostas para o SUS referem-se aos planos da macro/micropolítica, e, no caso do modelo de atenção, busca-se a transformação do modelo biologicista, curativo e hospitalcêntrico em um modelo integral, em rede, que articule ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras (VILAR, 2014, p. 6)

Contudo, romper o pensamento conformista sobre atendimento à saúde, cristalizado historicamente, na perspectiva de ampliar o olhar, o pensar o trabalho em saúde, para que velhos pensamentos e práticas sejam substituídos numa nova

abordagem, exige tanto transformações no próprio Sistema, nas Políticas Nacionais, como nas relações cotidianas, vividas e experimentadas pelos profissionais e usuários do SUS.

É nessa linha que Vilar (2014) ressalta a necessidade da mudança na alteração no modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o principal objeto de trabalho, “a vida e o sofrimento dos indivíduos, família e coletividade” (VILAR, 2014, p.8), para que possam construir relações mais solidárias, se opondo justamente aos processos de desumanização.

Boaventura de Souza Santos³³ (2005) propõe um novo paradigma para se pensar a produção do conhecimento disso que chamamos de ciência. Para ele, não há conhecimento científico que não seja social, que não possa ser produzido como outro conhecimento e que não intencione tornar-se senso comum. Para Vilar (2014), o paradigma proposto por Boaventura de Souza Santos coloca a saúde diante da necessidade de repensar as formas tradicionais de pensar a educação em saúde, pois traz a pessoa como sujeito no mundo.

Essas preocupações já são vividas por muitos gestores, trabalhadores em saúde e usuários e ocupam um importante espaço no debate sobre a realidade dos serviços de saúde. Nos próprios documentos oficiais, conforme procurei demonstrar, já se coloca a preocupação de inserir uma nova cultura de atendimento por meio da educação. A educação por intermédio da Simulação é um dos sintomas dessa preocupação.

³³ Boaventura de Sousa Santos é professor na graduação de Economia da Universidade de Coimbra, da Distinguished Legal Scholar e da Faculdade de Direito da Universidade de Wisconsin-Madison e Global Legal Scholar da Universidade de Warwick. É diretor do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e coordenador Científico do Observatório Permanente da Justiça.

2 RECURSOS DE TEATRO NA SIMULAÇÃO

Este capítulo descreve a prática da Simulação, dando enfoque aos recursos de teatro presentes na metodologia. Os recursos de teatro, indicados abaixo, foram pinçados da revisão de literatura acadêmica da área da saúde, especificamente das produzidas pela área de enfermagem e medicina, bem como a partir de observações em laboratórios de Simulações³⁴, sendo eles: os roteiros, os cenários, os bonecos, os manequins estáticos, o trabalho de atores e atrizes, o uso de maquiagens, os acessórios, as próteses de ferimentos, as máscaras, a sonoplastia, a dublagem [ou simuladores de voz], a iluminação, o figurino, os jogos teatrais e o espaço destinado ao trabalho e preparação dos artistas, como, por exemplo, os camarins.

Além das referências da área da saúde, adicionei ao capítulo as experiências práticas desenvolvidas durante o processo de estágio docência, com alunos do 5º período da graduação de Licenciatura em Teatro da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), onde tive a oportunidade de ministrar oficinas sobre Simulação, bem como organizar uma visita técnica ao Laboratório de Simulação do departamento de enfermagem da UFSC.

2.1 ROTEIROS

Na Simulação, os roteiros são essenciais para que as cenas aconteçam. Sobre os elementos que dão estrutura ao roteiro, tomei por base a pesquisa da enfermeira Renata Paula Fabri³⁵, em cuja investigação destaca as características principais de um roteiro e sugere um protocolo para criação. O seu trabalho contém sugestões sobre a concepção, criação e execução de roteiros para Simulação.

Conforme Fabri (2015), primeiramente, a equipe ou pessoa responsável pela elaboração deve levar em conta o conhecimento prévio do estudante, para então definir os objetivos de aprendizagem.

³⁴ Laboratório de Habilidades e Simulação do departamento de medicina da UFPR (Universidade Federal do Paraná) e do laboratório de Simulação da graduação em medicina da UNICID Universidade (Universidade Cidade de São Paulo),

³⁵ Na dissertação de mestrado em Ciências, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), que traz como tema: *CONSTRUÇÃO DE ROTEIRO TEÓRICO PRÁTICO PARA ATIVIDADE SIMULADA*, resultado de uma pesquisa que consultou diversos especialistas no assunto, com elevado período no ensino de Enfermagem, que na época desenvolviam roteiros para Simulação em diversas instituições de ensino no Brasil e no exterior.

Escolhidos os objetivos, o segundo passo é elencar a fundamentação teórica, com as referências a serem utilizadas. Em seguida, elabora-se um primeiro roteiro que contém a pré-simulação (que prevê as possíveis ações) e a pós-simulação, do *Debriefing* (que prevê possíveis questões a serem levantadas depois que acontece a cena).

Em posse do primeiro roteiro, a equipe prepara o cenário, com a definição do tema, o nome do responsável, a complexidade do cenário, tais como: intervenções e resultados esperados e a fidelidade ao ambiente em que será representado.

O segundo roteiro se desmembra em diversos *checklist*, que são roteiros fragmentados, destinados às equipes que trabalharam no cenário com funções diferentes para execução da cena simulada, como: atores, avaliadores, alunos participantes do cenário, alunos que observam, entre outros. Nomeados na literatura acadêmica de saúde de *checklist*³⁶, funcionam como listas de verificações. Embora fragmentados, as ações são detalhadas com foco nos objetivos de aprendizagem escolhidos previamente. Esses roteiros descrevem todas as etapas de procedimentos que devem acontecer na Simulação, desde a cena que acontece no cenário até o *Debriefing*.

Esses roteiros fazem parte da documentação oficial do cenário e podem ser utilizados como norteador dos objetivos do cenário pelo mediador, guias clínicas³⁷ ou procedimentos a serem feitos por estudantes no cenário, instrumentos de avaliações, situações clínicas com pistas sobre a personagem a ser interpretada(o) por atrizes e atores, inspiração de vozes simuladas para os bonecos, referencial para criação da sonoplastia e caracterização dos bonecos, manequins e atores; enfim, como resumo que contém informações técnicas do que exatamente precisa acontecer na Simulação.

É interessante também citar como exemplo o processo de construção de roteiros do Laboratório de Simulação do Departamento Enfermagem da UFSC, documentado por Oliveira (2014). Quanto às guias clínicas, elas passam por

³⁶ Termo em inglês que significa lista de verificações. Utilizado primeiramente no ensino da Aeronáutica, adaptado para o ensino de Saúde.

³⁷ As guias clínicas são os casos clínicos que orientam todo o processo. Para a construção desses instrumentos é necessário ter em mente que o objetivo da aprendizagem a que eles se propõem devem ser claros e relacionados às competências a serem desenvolvidas, considerando as características do paciente, sua história clínica e dados do exame físico que serão representados. (OLIVEIRA in QUILICI, 2012). Antes de serem utilizadas na Simulação, as guias clínicas passam por análise e validação da (o) profissional de saúde responsável pelo cenário.

validações de profissionais da saúde que trabalham na fidelidade do cenário e também pelas atrizes e atores que irão interpretar as personagens. Conforme a autora,

A construção dos roteiros precisou também da avaliação dos atores, pois, como eles não são da área da saúde, alguns termos precisam ser substituídos para facilitar a compreensão, além disso, eles apontaram a necessidade de um detalhamento específico para manifestação de sentimentos em cada etapa da cena. Foi preciso deixar claro em que momento o paciente deveria manifestar tristeza, ansiedade, medo e até se era conveniente chorar. (OLIVEIRA, 2014, p. 80)

Para as atrizes e atores que irão trabalhar no cenário, é importante ter ciência que nem sempre o roteiro vem detalhado contando a vida da personagem. Muitas vezes, eles apontam apenas pistas sobre a vida do paciente. Como exemplo, citarei aqui dois roteiros criados durante o trabalho de campo da pesquisa, no departamento de medicina da UFPR, vivenciados por mim quanto atriz no cenário de Urgência e Emergência, na graduação de medicina da UFPR. Os roteiros são assinados pelo professor Akihito Inca Atahualpa Urdiales³⁸.

Roteiro 01 Esposa ansiosa, marido com história de tabagismo, etilismo e hipertensão arterial, uso de um remédio amarelinho (não sabe o nome)
Roteiro 02 Socorrista do SAMU. Encontra o paciente de oitenta anos, em situação de maus tratos. Com dor na urina. Pressão arterial 80X40. (URDIALES, 2017)

Esses roteiros foram repassados cinco minutos antes de começar a cena. Segundo orientação do professor, caso surgissem dúvidas sobre alguma informação que não constasse no roteiro, a resposta seria: não sei, não me lembro, não me recordo.

2.2 CENÁRIOS

Durante a montagem de um hospital-virtual nos laboratórios de Simulação, os cenários são feitos de maneira realística, com a finalidade de retratar com a maior veracidade possível um leito de hospital. Tais cenários são construídos a partir dos roteiros elaborados, que têm por base fatos reais que aconteceram em hospitais.

³⁸ Professor da graduação em medicina da UFPR, doutorando em Clínica Cirúrgica com pesquisa em Simulação.

No caso do INCA (BRASIL, 2010b, p. 27), podemos citar o exemplo do Cenário de Comunicação de Más Notícias construído no centro de Simulação Realística no Hospital Albert Einstein para treinar as equipes de saúde que atendem a oncologia.

A construção do cenário aconteceu tendo por base um roteiro previamente construído, pautado num protocolo de ações elaboradas, nomeado na literatura médica como protocolo de SPIKES³⁹: “um protocolo criado a partir de experiências no trato com pacientes e formulado por um renomado grupo de oncologistas americanos e canadenses”⁴⁰ (BRASIL, 2010b, p. 27), sendo a prática já considerada e admitida entre a comunidade de saúde.

Entre os objetivos do Cenário de Comunicação de Más Notícias, estão:

- 1.1 Escutar o paciente com a finalidade de conhecer seu grau de informação sobre a doença, suas expectativas e seu preparo para receber a má notícia.
- 1.2 Transmitir informação médica de maneira inteligível, de acordo com as possibilidades e desejo do paciente.
- 1.3 Dar suporte ao paciente, utilizando habilidades profissionais para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados por quem recebe a má notícia.
- 1.4 Desenvolver uma estratégia, sob forma de um plano de tratamento, com a contribuição e a colaboração do paciente. (BRASIL, 2010b, p.187)

Quanto à construção do Cenário de Comunicação de Más Notícias, o protocolo *SPIKES* sugere um ambiente com privacidade. Dependendo dos recursos do laboratório de Simulação, o ideal seria um cenário de consultório com mobiliários reais; no entanto a cena pode ganhar maior complexidade e acontecer em outro cenário, com circulação de outras pessoas, como de Urgência e Emergência, Enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse caso o protocolo sugere que se faça uso de “biombos ou Box, para criar um ambiente privativo” (BRASIL, 2010b, p. 187).

O cenário é escolhido de acordo com o roteiro e tema a ser trabalhado, montado como o local onde acontece uma ação, como, por exemplo, uma situação que ocorre no trauma, no atendimento de urgência e emergência, na pediatria, na

³⁹ SPIKES: roteiro para discussão dos casos apresentados como depoimentos, a partir dos quais foram construídas cenas dramatizadas da relação com pacientes e familiares em situações de comunicação de diagnósticos [laudo médico] com prognóstico adverso [situação do paciente e tratamento], cirurgias mutiladoras e esgotamento de recursos de cura.

⁴⁰ Conforme relato do INCA: ligados ao MD Anderson Câncer Center da Universidade do Texas, USA e ao *Sunnybrook* Regional Câncer de Toronto, CA BRASIL apud BAILE et al,200. Ver data

UTI, na oncologia, na obstetrícia, entre outros, onde especialistas de cada área se reúnem para escolher o que será simulado e a equipe do laboratório monta o cenário de acordo com a realidade do local em que a cena acontecerá.

É interessante saber que o termo cenário, no ambiente de aprendizagem hospitalar, recebe também outra conotação, sendo muitas vezes a própria situação retratada, a situação clínica, o caso que acontece no hospital. Conforme o INCA, “(...) os cenários desenvolvidos podem ser de situações extremas e raras, permitindo inúmeras oportunidades para discussões” (BRASIL, 2010b, p. 67).

A (o) artista que irá trabalhar nos cenários precisa ter ciência que o termo, mesmo tendo dupla conotação, é desenvolvido e construído para atender os objetivos de aprendizagem. Desde sua concepção até sua montagem, os cenários tem a função de treinar as habilidades técnicas (como terapias invasivas⁴¹), habilidades cognitivas e habilidades comportamentais⁴².

Os cenários fazem parte do ambiente simulado. Por isso, recomenda-se que a montagem seja muito próxima do ambiente prescrito no roteiro da cena simulada. Para Quilici (2012, p. 77), a cena simulada é a parte mais importante de todo o processo envolvido na Simulação Clínica, pois é nela que as (os) estudantes podem integrar os conceitos teóricos, as habilidades psicomotoras, o raciocínio clínico, a tomada de decisão, a comunicação não verbal intrínsecas nas atitudes comportamentais, que estão envolvidas nas situações da vida real.

A equipe envolvida no processo da produção do cenário, desde a criação, construção, montagem, aplicação e avaliação, primeiramente faz uma reunião para escolher o caso clínico, os objetivos e habilidades a serem desenvolvidas no cenário, para então planejar os recursos necessários.

Após isso,

[...] elaboram-se os detalhes clínicos, tais como o local (ambulatório, enfermaria, UTI...), as características do paciente e sua história clínica, os dados do exame físico e as respostas fisiológicas que acontecerão no decorrer do cenário de acordo com a conduta dos participantes” (QUILICI, 2012, p.79)

Quilici (2012) faz algumas ressalvas a serem observadas durante a montagem dos cenários. A primeira é que se deve evitar a montagem de cenários

⁴¹ Terapias que fazem uso de injeções, medicamentos fortes, cirurgias, exames de sangue, hemodiálise dentre outras.

⁴² Na interação ou comunicação verbal e não verbal entre o profissional de saúde com o paciente.

baseados apenas em experiências clínicas interessantes previamente vivenciadas, uma vez que estas podem não apresentar as características necessárias para o desenvolvimento das competências a serem adquiridas pelos estudantes. A segunda é que é necessário prever as possíveis ações, reações e desfechos, que podem acontecer dentro da cena de Simulação. A terceira é da necessidade de o roteiro não ter muitas possibilidades de desvio da situação original, para evitar que o objetivo inicial se perca, haja vista que a fidelidade da Simulação contribui para a ambientação e o envolvimento dos estudantes.

É nesse sentido que Fabri chama atenção para a importância do facilitador:

É imprescindível que o facilitador tenha domínio e experiência na atividade clínica que se propõe a simular, domínio das tecnologias de informação e comunicação e, ainda, capacidade de atos de dramatização. Nesse sentido, ele simplifica e dinamiza o cenário proposto, assumindo papéis de suma importância dentro do ambiente simulado. (FABRI, 2015, p. 18).

Resolvidas essas questões, a próxima etapa para construção do cenário é elaborar um planejamento sobre os recursos que serão necessários para construí-lo, tais como os recursos humanos, equipamentos, materiais de consumo, cópias de exames (coletados de pacientes reais, com nomes fictícios), diagnósticos, bonecos, manequins estáticos, próteses, prontuários, ou quaisquer outros elementos que somarão na fidelidade da Simulação.

Os cenários podem ser simples, de baixo custo, ou podem ser complexos e caros, podendo contar com equipamentos e dispositivos de alta complexidade, como programas de computadores, microfones, filmadoras, isolamento acústico, mobílias de hospital, equipamentos de suporte à vida, bonecos que podem simular reações fisiológicas muito próximas da realidade. No entanto, independentemente do custo, indica-se que ambos devem ser fiéis à realidade.

O número de estudantes, atores, docentes e técnicos que irão participar e transitar no cenário depende inicialmente dos objetivos que foram estabelecidos no planejamento do cenário, por isso é variável de instituição para instituição. Pode participar um único aluno, caso seja um cenário de consultório, ou podem participar de quatro a dez alunos, se o cenário for de urgência e emergência. Nesse caso, cada qual desempenhará um papel predeterminado pelo docente da disciplina ministrada, de acordo com a profissão que irão exercer, como de médicas (os), enfermeiras (os), anesthesiologista, auxiliar de enfermagem, ortopedista, entre outros.

Geralmente as atrizes e atores interpretam a família, o paciente e até mesmo alguém da equipe.

Além dos estudantes que participam do cenário na cena simulada, outras pessoas podem observar a cena de fora, para isso, conforme as observações, alguns laboratórios de Simulação utilizam numa das partes de sua estrutura uma parede com vidro multidirecional, que permite maior privacidade à cena. Assim, quem está dentro do cenário não consegue visualizar quem está de fora, mas quem está de fora consegue assistir com nitidez às cenas.

Figura 1 ⁴³ – Cenário com vidro multidirecional



Fonte: Arquivo pessoal.

⁴³ Laboratório de Simulação da UNICID (Universidade Cidade de São Paulo). Imagem captada durante o processo de avaliação da graduação de medicina, no mês de dezembro de 2017, sobre responsabilidade da professora doutora Elaine Quedas Assis.

Figura 2⁴⁴– Cenário com vidro multidirecional

Fonte: Arquivo pessoal.

Quando a Simulação é utilizada no processo de avaliação, Quilici (2012) sugere que o professor/facilitador responsável pelo caso clínico ou pela disciplina não permaneça no cenário, deixando em cena apenas quem será avaliado, a atriz ou ator e o boneco, para evitar distrações durante a cena.

Quanto ao tempo em que a cena acontece, pode variar de 5min a 10min, conforme experiência e observações de Simulações nos laboratórios da UFPR e da UNICID. Estabelecido o tempo, ele será respeitado, mesmo se as atitudes ou ações esperadas não aconteçam conforme planejado e os objetivos não sejam alcançados.

Após participarem das cenas, os envolvidos se retiram do cenário para outra sala, no intuito de finalizar o processo da Simulação, o *Defriefing*, que acontece entre 20 minutos a 30 minutos. Ainda conforme Quilici (2012), o *Defriefing* é o tempo de discussão em que se faz a análise do processo, por isso é considerado um dos momentos mais importantes, pois é quando os estudantes podem refletir sobre suas ações, a vivência, a cena, e podem expressar seus sentimentos, ideias, colocar em questão pontos relevantes e os insucessos da resolução, como erros e acertos dentro de suas práticas.

Paralelamente a isso, a equipe responsável pelo cenário, no momento do *Defriefing*, pode inclusive detectar detalhes do cenário que precisam de ajustes e

⁴⁴ Essa imagem ilustra o momento de avaliação final da graduação de medicina da UNICID (Universidade Cidade de São Paulo), no mês de dezembro de 2017, sobre responsabilidade da professora doutora Elaine Quedas Assis. Em cena, aluna da graduação, atriz e fora do cenário a professora avaliadora.

melhoramentos, para que o cenário cumpra sua função pedagógica. De acordo com Fabris (2015), os cenários⁴⁵ devem oferecer experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas, que contribuam para a transferência de conhecimento da sala de aula aos ambientes clínicos.

2.3 BONECOS E MANEQUINS ESTÁTICOS

Ao revisarmos a história do Teatro de Animação, há uma passagem no livro de Ana Maria Amaral em que se encontram os termos Simulacros Estáticos e Simulacros em Movimento. Conforme a autora,

Em todos os tempos, culturas, o homem sempre buscou reproduzir sua imagem, seja através de simulacros estáticos (...) [ou] através de simulacros em movimento (figuras bidimensionais do teatro de sombras, boneco tridimensionais, autômatos, robots, ou através de imagens criadas através das técnicas cinematográficas, TV, vídeo, ou computador) (AMARAL, 1997, p. 43).

A autora nos ensina sobre a história do teatro de animação, juntando dois temas aparentemente distintos como Arte e Tecnologia. De acordo com Amaral (1997, p. 48), em pleno século V a.C. ocorrem os primeiros registros de bonecos que desfilavam nas ruas. Na época, estes *robots* causaram espanto e admiração. Conforme relato da autora, quem os via não conseguiam imaginar que por debaixo dos bonecos existiam manipuladores que estavam escondidos. Na mesma obra, há um registro de Charles Magnin, um historiador francês, que escreve sobre um grupo de artistas italianos capazes de dar movimentos às figuras humanas: “4 a 5 pés de altura, sem que aparentemente ninguém que as controlasse (...). Essas figuras falavam, andavam, atuavam tão perfeitamente que pareciam criaturas vivas” (AMARAL, 1997, p. 48).

Nesse livro, a autora nos possibilita saber que “boneco é a síntese do homem, tanto quanto a máquina é a exteriorização das faculdades humanas. Uma marionete movida por fios ou um boneco mecânico, ambos pretendem exteriorizar atributos do homem” (Amaral, 1997, p.48).

Guy Freyxe, autor com que tive contato graças ao professor José Ronaldo Faleiro, do Programa de Pós Graduação em Teatro da UDESC, que traduziu o texto

⁴⁵ Referente à dupla conotação que o cenário recebe, no ambiente de aprendizagem hospitalar.

Entre o animado e o inanimado, de Guy Freyxe, fala sobre o fascínio causado pela presença da vida no inanimado:

O fascínio exercido pela máscara, pela marionete, pelo fantoche, pela boneca, pelo autômato – reside na estranheza com que a vida aparece quando está em contato com o inanimado. Então se opera uma interpenetração inquietante entre a vida e a morte, a alma e o corpo, a ilusão e a realidade. (FREYXE, 2010, p.8)

Tanto Amaral quanto Freyxe argumentam que bonecos e manequins estáticos são representações do ser humano em suas potencialidades. Desta forma, independentemente do contexto e da habilidade técnica para controle e manipulação de bonecos, já estão presentes em longas datas na história do teatro como necessidade de representação humana, numa relação dialética que se dá no contato físico ou visual entre objetos/seres inanimados com pessoas. Por conseguinte, o fascínio e a estranheza estão presentes na sensação de que pode haver vida num ser inanimado, utilizado para fins teatrais.

Quanto aos bonecos, esta pesquisa considera os que representam o corpo humano completo e manequins, as representações de partes do corpo humano.

Na saúde, encontramos registros sobre sua utilização para fins de Simulação a partir do ano de 1910, conforme constata a dissertação de Saionara Nunes de Oliveira intitulada *Simulação Clínica com participação de atores no ensino da consulta de enfermagem: uma pesquisa*. Segundo relato documentado, uma enfermeira se dirigiu até uma fábrica de brinquedos e encomendou uma boneca, em tamanho adulto, no intuito de ensinar habilidades de cuidados como “troca de roupas, mudanças de posições, higiene, conforto (...). A boneca recebeu o nome de *Mrs “Chase”* fazendo referência ao sobrenome de sua criadora que se inspirou no próprio biotipo para fabricá-la” (OLIVEIRA, 2014, p.40).

Em 1960, Asmund Laerdal apresentou à comunidade de Saúde a boneca *Resusci Anne*, que foi o primeiro manequim desenvolvido para aferição de ausculta cardíaca (ARAÚJO, *et all*, 2012, p. 5) e respiração boca a boca (OLIVEIRA, 2014, p.40). A boneca recebeu esse nome porque seu rosto foi concebido a partir da máscara mortuária de uma jovem que morreu afogada no rio Sena.

Figura 3⁴⁶ – Rosto da boneca *Resusci Anne*



Fonte: Arquivo pessoal.

Bonecos e manequins estáticos em cenários de Simulação são categorizados como objetos simuladores. Segundo Araújo *et al* (2012, p.7), o objeto simulado é “uma representação física sobre o qual se reproduz uma tarefa parcial ou global, durante uma Simulação”. Na mesma obra, são apresentadas oito classificações de Simuladores, entre manequins, bonecos, simuladores de realidade virtual, programas de computadores, atores, jogos de Simulação e Simulação Híbrida.

Esta última mescla o trabalho de ator ou atriz com bonecos em cena, como ilustrado na figura 4:

⁴⁶ Boneca pertencente ao Laboratório de Habilidades e Simulação do departamento de graduação de medicina da UFPR.

Figura 4⁴⁷- Simulação Híbrida:

Fonte: Empresa *Laerdal Helping Save Lives*⁴⁸.

2.3.1 Bonecos como objetos de Simulação

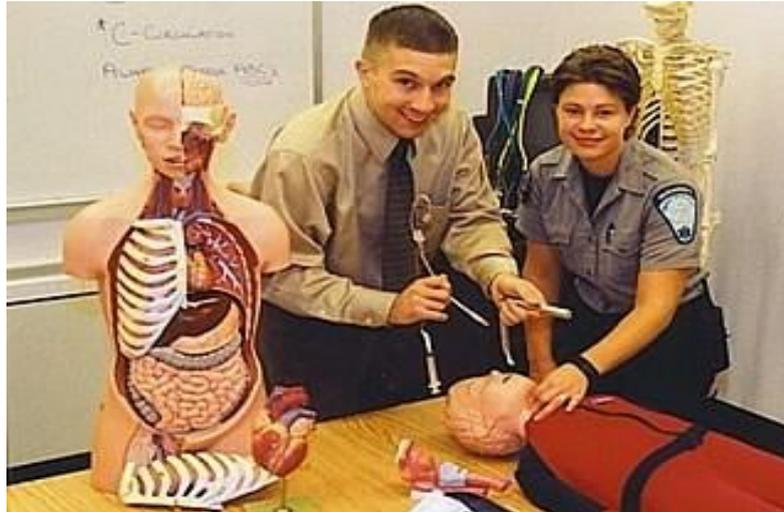
Existem diversos objetos simuladores, porém, aqui são descritos apenas os bonecos e manequins estáticos. Quanto à classificação e nomenclaturas seguimos as descritas em trabalhos científicos, citados nesta pesquisa, tais como: Oliveira(2013); Knigh(2007); Eppich(2016); Quilici(2012).

A primeira descrição iniciará pelos Simuladores de Baixa Fidelidade. Nesse conjunto, situam-se os manequins estáticos, os quais não interagem, limitando a Simulação ou a possibilidade da cena dialogada. Podem ter a forma ou partes de um corpo humano, são utilizados em práticas para punção de veia, curativo, ou apenas têm a função de representar um corpo que precisa ser resgatado em situação de acidente ou catástrofes.

⁴⁷ A imagem ilustra uma prática de ensino em cenário de obstetrícia, com Simulação Híbrida, na educação de uma equipe multidisciplinar. Em cena a equipe de obstetrícia, um ator, uma atriz e um boneco.

⁴⁸ Fundada em 1940, a Laerdal iniciou suas atividades como uma pequena editora especializada em cartões comemorativos e livros infantis. Após isso, expandiu os negócios, para a fabricação de bonecas e brinquedos de madeira. Pioneira em plásticos leves no início dos anos 50, a Laerdal produziu milhões de bonecas com movimentos realísticos e carrinhos de brinquedo. Em 1960, criou a *Resusci Anne*, simbolizando uma garota que aparentemente se suicidou no Rio Sena. O conhecimento obtido a partir dos brinquedos produzidos abriu novas portas dentro de simulações de ferimentos reais. Atualmente a produção de bonecos e manequins estáticos para simulação é o principal campo de atividade da empresa. Disponível em:

[<http://www.laerdal.com/br/doc/367/Historia-Laerdal-Ontem-e-Hoje>] último acesso 05/11/2017.

Figura 5⁴⁹: Manequins estáticos

Fonte: Website da Empresa Laerdal *Helping Save Lives*.

Figura 6⁵⁰: Manequins estáticos

Fonte: Arquivo pessoal.

Sobre os manequins, Oliveira (2014, p. 53) traz a seguinte informação:

O uso de manequins representando o paciente para o treinamento de habilidades na enfermagem vem sendo utilizado desde o século XIX, os modelos de baixa fidelidade empregados no treinamento de procedimentos simples foram aos poucos sendo substituídos por modelos de média e alta fidelidade nos países desenvolvidos. O Brasil, que adotou o modelo americano de ensino com manequins, já em 1920, ficou estagnado e permanece com esses mesmos modelos na maioria das escolas de enfermagem.

⁴⁹ A imagem ilustra Imagem disponível no *website* da Laerdal, ilustrando uma Simulação na educação médica militar, no Hospital Danbury, cidade de Danbury, EUA, 1999.

⁵⁰ A imagem ilustra manequins estáticos, do Laboratório de Habilidades e Simulação da UFPR, a partir de trabalho de campo em Cenário de Habilidades Técnicas.

A segunda classificação diz respeito aos simuladores de fidelidade média ou moderada, que são bonecos com tecnologia simples. Possuem sons simulados de pulmão e coração, porém a interação entre o aluno e o boneco fica restrita, na medida em que simulam somente alguns sinais vitais. Nesses bonecos, é possível treinar passagem de sondas e compressões; no entanto, como não possui dispositivo para áudios e falas, não há comunicação entre o estudante e o boneco.

Figura 7⁵¹ - Bonecos de média fidelidade



Fonte: Arquivo pessoal.

Já a terceira classificação apresenta os Simuladores de Alta Fidelidade, os quais têm respiração espontânea, expansividade torácica, genitálias masculinas, genitálias femininas, peso compatível à anatomia de um humano. Há modelos de adultos, adolescentes e crianças, ausculta cardíacas e pulmonares, podem chorar, sangrar, urinar, convulsionar, receber medicação e “morrer”. Neste, a reação apresentada pelo boneco à ação do profissional em formação procura assemelhar-se a interação entre profissional e paciente. A manipulação se divide em dois planos, neste caso, uma equipe é formada e treinada para “dar vida” ao boneco, essa equipe divide-se entre a manipulação do corpo do boneco, através de programas de computadores, e a dublagem da voz. A manipulação é realizada em sala separada, onde a equipe anima o boneco sem ser vista, “secretamente”, assistindo as ações e simultaneamente manipulando as reações do boneco. As reações ganham

⁵¹ Manequim de média fidelidade, utilizado no Laboratório de Simulação da UFPR, no ano de 2017, no 5º período de medicina, em cenário habilidades técnicas de Suporte Básico de Vida (BLS), sobre responsabilidade da professora doutora Camila Girardi Fachin.

expressividade corporal através de movimentos manipulados por computadores e a voz dublada procura criar o tom de acordo com a situação simulada, permitindo ao profissional em formação interagir com o boneco, como faria com um paciente real.

Figura 8- Boneco adulto de alta fidelidade



Fonte: UNIMONTE, Universidade de Santos/SP⁵²

Figura 9⁵³ - Boneco pediátrico de alta fidelidade



Fonte: Arquivo pessoal.

⁵² Boneca de alta fidelidade com o objetivo de Simular o parto natural. Na Simulação, trabalham-se conceitos da saúde da mulher e do bebê. 2015. Disponível no site da Universidade: <http://www.unimonte.br/noticias/tecnologia-a-servico-da-saude-simulador-de-parto-natural-nas-aulas-de-enfermagem-982>

Último acesso em: 06/07/2016.

⁵³ Boneco bebê de alta fidelidade, unissex, com o objetivo de Simular diversos casos clínicos. Com o peso compatível de uma criança, chora, recebe medicação, tem ausculta cardíacas e pulmonares. Pertence ao Laboratório de Habilidades e Simulação da UFPR.

Para além da fidelidade dos bonecos simuladores e o grau de sua caracterização, integram a equipe de Simulação o (a) professor (a) ou instrutor(a) que conduzirá as práticas de ensino.

Neste contexto, o boneco se torna essencial para as primeiras experiências da (o) estudante que precisa testar e treinar os conhecimentos aprendidos na teoria, experimentando, na Simulação, a prática, onde se prevê uma participação ativa, podendo treinar, errar, corrigir possíveis erros e refletir sobre suas atitudes e procedimentos em ambiente controlado.

Por essa descrição, podemos ter noções de alguns exemplares de bonecos e manequins estáticos utilizados nas práticas de Simulação. Conforme estudo apresentado, os bonecos e manequins representam e substituem pessoas em situação de saúde/doença. Algumas das vantagens da substituição de pacientes reais por boneco, já foram comentadas, e se estabelecem principalmente em função da possibilidade de aprender em um ser inanimado, em especial procedimentos invasivos, tais como parto, intubações, ventilação mecânica, compreensões, aplicação de medicamentos, podem causar danos e risco à vida, desnecessários se o profissional não está preparado. Conforme pesquisadores Romano e Pazin e (2007, p. 172),

Manequins altamente sofisticados estão disponíveis para apoio ao ensino médico. São simuladores humanos automatizados, capazes de reproduzir respostas táteis, sonoras e visuais, similares às que os médicos deverão presenciar no contato com pacientes reais, porém de forma passível de ser controlada e modificada pelo operador [quem manipula]. O manequim traz diversas vantagens no ensino de habilidades, dentre elas a possibilidade de simular um grande número de cenários, diversificando a experiência oferecida aos alunos. Seu uso permite a reprodução das ações, quantas vezes forem necessárias para o aprendizado, e suas respostas podem ser controladas de forma dinâmica por um operador e ajustadas aos estímulos produzidos pelos alunos.

Se, por um lado, os profissionais em treinamento não tem dúvidas de que se trata de um boneco e de uma situação de treinamento ou avaliação, sabemos que o boneco, na situação de Simulação, tem justamente o poder de, além de possibilitar o treinamento, fazer com que aquele que está sendo treinado se defronte com o fracasso, o erro, a incapacidade e impossibilidade de resolução e a conseqüente perda da “vida” que animava aquele ser. Conforme indicado inicialmente, o boneco inanimado, e principalmente aquele animado artificialmente, evoca a vida. Como no teatro de animação, esses objetos (que na Simulação se apresentam como corpos

humanos) tornam-se sujeitos ao serem animados, potencializando os aspectos de interação e passando a simular as relações entre os profissionais e os pacientes.

No caso do teatro de animação, a animação acontece quando o ator-manipulador se relaciona com o objeto que manipula de tal forma a lhe atribuir vida. Contudo, no teatro de animação, a utilização de objetos que não mais reproduzissem ou representassem o corpo humano, possibilita novas questões, não apenas para o que até então era chamado apenas de teatro de bonecos, mas para o teatro de atores também. Paulo Balardin (2015, p. 170) chama atenção para o fato de que a ideia de que qualquer objeto pode ser animado causa essa transformação pois o

corpo artificial, artificializado, não mais o orgânico, passa a ser uma forte referência para a pesquisa cênica e as descobertas sobre os processos psicofísicos do funcionamento do corpo e sobre a manifestação da vida incitam novas criações artísticas. De fato, não há como negar que essas descobertas e transformações de paradigmas afetam toda a concepção de uma arte na qual a vida, sua representação e projeção no objeto inanimado constituem material de estudo.

Balardin (2015, p. 174) oferece uma outra possibilidade de interpretar a relação do animador com o objeto, não mais como projeção da interpretação do ator, para ele, “a interpretação do ator animador é elaborada a partir de uma relação íntima com o objeto e seu entorno, envolvendo a compreensão de aspectos físicos e psicológicos [...]”. A reflexão de Balardin sobre o objeto animado no teatro de animação, ajuda a complexificar e identificar vários aspectos da relação entre os profissionais em formação e os bonecos, próteses e mesmo atores no momento da Simulação.

Outro aspecto, refere-se a voz dos bonecos que também é uma das estratégias de atribuição de vida. No caso do teatro de animação essa estratégia também tem sido discutida e tem sido objeto de estudo recente no Teatro. Conforme Izabella Azevedo Irlandini (2013) a busca de artifícios vocais, teria origem a partir da ruptura entre a voz humana e o boneco-objeto, levando os artistas a diferentes procedimentos em busca de uma voz do/para o boneco/objeto. Nesse sentido, diferentemente da Simulação que privilegia uma voz realista, a voz, no teatro de animação, busca muitas vezes o artifício, a distorção, etc. Conforme Irlandini (2013, p. 110),

para Curci, a voz no teatro de bonecos precisa ser simulacro, visto que o boneco-objeto o é. E o desafio do titiriteiro está em fazer com que o artifício seja verossímil sem cair na voz estereotipada, como também sugere que

outra voz pode ter um objeto que aparenta vida senão uma voz que simula ser voz?

Novamente aqui coloca-se uma outra questão que pode ser interessante para pensar a voz na Simulação, na medida em que a intenção, como no caso do teatro de animação é criar uma situação verossímil. Pois trata-se de um ser animado que reage as ações que se realizam sobre ele através da voz, sendo está o indicativo de dor, alívio, ou outro sentimento que informa o profissional aprendiz que age sobre ele.

2.4 ATRIZES E ATORES EM SIMULAÇÕES

Segundo o professor Luiz Ernesto de Almeida Troncon⁵⁴ “a utilização de pessoas para interpretar personagens, tem sido utilizada no ensino de medicina há mais de quatro décadas” (TRONCON, 2007, p. 182). Conforme o professor, este fato, está fortemente ligado ao nome do médico Howard S. Barrows, que na condição de residente foi trabalhar num hospital neurológico ligado à Universidade de Columbia, em Nova York, no início da década de 1960. Neste ano recebeu a informação que seu supervisor, o Dr. David Seegal, avaliava seus residentes à partir da observação dos estudos com pacientes reais, à partir disso, Barrows, argumentou em relatório que:

a) alguns pacientes podem se sentir muito desconfortáveis quando participam de atividades educacionais; b) que pacientes não preparados podem modificar sua história, e até mesmo simular sinais, involuntariamente, ou, mesmo, para favorecer ou prejudicar candidatos em exames de habilidades clínicas. (TRONCON, 2007, p. 182)

Após isso, mudou-se para o hospital geral de Los Angeles, ligado à *Southern California School of Medicine*, onde fez parte da equipe de produção de um filme didático, que tinha como objetivo explicar os protocolos do exame neurológico. Foi

⁵⁴ Professor do Departamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, no Simpósio de Didática II-Simulação, onde publicou o artigo: *Utilização de Pacientes Simulados Ensino e na Avaliação de Habilidades Clínicas*. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/315>

esta primeira experiência, que lhe mostrou que atrizes, atores e modelos, contratados para o filme, conseguiam simular sintomas com muita precisão. Troncon (2007, p. 184) nos conta que após estas observações, Barrows já na condição de professor, iniciou um treinamento de pessoas normais⁵⁵ para trabalhar em casos clínicos. Esta experiência o levou para Hamilton no Canadá, onde formou um grupo que fundou a *McMaster University*, a primeira escola a adotar no currículo a aprendizagem baseada em problemas. Nesta proposta, surge a nomenclatura de Paciente Simulado, que são pessoas treinadas a simularem pacientes. O Paciente Simulado, se configurou em um dos recursos metodológicos utilizados, antes do contato dos estudantes com pacientes reais. Anos mais tarde, o professor Geoff Norman, colega de Barrows, adaptou o Paciente Simulado para as avaliações oficiais, atribuindo-lhe um conjunto de protocolos como a padronização da interpretação, dessa reorganização surgiu outra nomenclatura: Paciente Padronizado, proposto por Norman.

A diferença entre Paciente Simulado e o Paciente Padronizado, é que no primeiro caso, o ator ou atriz podem ser treinados para interpretar pacientes, podendo ter diferentes reações diversas em um dado cenário, já o Paciente Padronizado, se dá na característica da padronização, ou seja: o artista que interpretará o paciente padronizado, deverá interpretar seu papel ou seguir o roteiro, sempre da mesma maneira, permitindo aos estudantes igualdade nas avaliações, pois estarão diante da mesma situação clínica com a mesma personagem. Sendo assim, a padronização vem para assegurar as mesmas condições para os estudantes, durante o processo avaliativo.

Este modelo de ensino, que é pensado nas necessidades curriculares dos estudantes, juntamente a utilização metodológica de pacientes simulados e padronizados, começou a ser popularizado nas escolas de medicina. Em especial, a proposta da reformulação do exame prático, com a utilização do paciente padronizado, pelo *National Board of Medical Examiners* dos Estados Unidos da América e no Canadá.

Em ambos países, funciona a *American Association of Standardized Patient Educators*, instituição responsável pelo recrutamento e treinamento de pacientes simulados ou padronizados.

⁵⁵ Pessoas normais: que não eram pacientes do hospital, que não estavam doentes.

No Brasil, deparamo-nos com escassez de documentos sobre onde começou o trabalho utilizando pessoas para interpretar pacientes simulados ou pacientes padronizados. Ainda conforme o professor Troncon (2007, p. 183), tem-se notícia que as escolas de medicina tradicionais brasileiras como a escola de medicina da Universidade de São Paulo (USP) e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) iniciaram com esta metodologia no início da década de 1990. Informação que é semelhante a do professor Tangará Jorge Mutran⁵⁶, que iniciou os trabalhos com Simulação e Pacientes Simulados, na Faculdade de Medicina de Marília (FANEMA) em 1996. Com isso, sabemos que em nosso país, os trabalhos tiveram início a partir de 1990.

2.4.1 Trabalho da atriz e do ator

Na Simulação em saúde, atores e atrizes podem trabalhar em diferentes cenários. De acordo com o documento do Ministério da Saúde, cenários

são cases baseados na vida real, incorporando os temas discutidos nas estações práticas, seguido da sessão de *debriefing*. Os cenários têm duração média de 10 minutos, depois há um espaço de seguidos de 20 minutos de *debriefing*.(BRASIL, 2010b, p. 66)

As cenas trabalhadas na Simulação são criadas a partir dos roteiros, calcados nos objetivos de aprendizagem e inspirados em situações do cotidiano dos trabalhadores da saúde, tendo como diretriz a formação humanizada, os princípios e todos os níveis de atendimento no SUS.

A seguir, descreveremos dois exemplos de cenários, categorizados como *Simulador Híbrido* em que o trabalho de ator ou atriz é mesclado com bonecos/robôs ou pacientes simulados.

O primeiro exemplo está descrito no artigo *O QUE É SIMULAÇÃO E POR QUE SIMULAR*, na obra de Lima *et al* (2012), o qual descreve a simulação híbrida num cenário de obstetrícia. Esse cenário conta com a participação de uma atriz que interpreta um trabalho de parto. Para dar maior veracidade à cena, sobre a região

⁵⁶ Graduado em Biomedicina pela Universidade Metodista de Piracicaba (1986), Doutor em Ginecologia pela Universidade Federal de São Paulo UNIFESP- S.P.(2011), Mestrado em Ciências Biológicas (Microbiologia Aplicada) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1997) e Mestrado em Odontologia (Fisiologia e Biofísica do Sist. Estomatognático) [Piracicaba] pela Universidade Estadual de Campinas. Em entrevista concedida durante o trabalho de campo na Universidade Cidade de São Paulo (UNICID) 2017, em relato verbal para esta pesquisa.

abdominal da atriz é colocada uma prótese de barriga, com as partes do aparelho reprodutor feminino e anexos embrionários, preparados para simular o nascimento de um bebê, que por sua vez é um boneco. Dependendo do caso a ser simulado e do grau da dificuldade enfrentada pelos estudantes, um ator é incluído na Simulação para viver o pai que acompanha o parto e interage na cena com os alunos em formação.

Outra situação de *Simulação Híbrida* pode acontecer, por exemplo, em cenário de urgência e emergência, onde sons simulam a sirene de uma ambulância chegando ao hospital. No local da Simulação, estudantes esperam para atender um determinado caso, por exemplo, um senhor de 56 anos (que é um boneco) vítima de acidente vascular cerebral, em estado grave, passará por cirurgias e a família (atores e atrizes) estarão na sala de espera aguardando notícias. A Simulação citada, entre outras, estão disponíveis no formato de vídeo no portal digital do Hospital Albert Einstein (2016)⁵⁷.

Quanto à preparação das atrizes e dos atores, o documento *Como estruturar um centro de simulação*, prevê um espaço de trabalho específico destinado aos artistas, como “um camarim onde atores possam ser maquiados e preparados” (QUILICI, *et al*, 2012, p. 14).

Como exemplo da construção de personagens, citamos outro relato de experiências do INCA (BRASIL, 2010b), em que as atrizes interpretaram uma pessoa recebe um comunicado de má notícia.

Na Simulação Realística existe um treinamento técnico para esse tipo de situação. A partir das leituras sobre esse tema é que foi possível observar que é prática do Hospital Albert Einstein, contratar, para estas Simulações, atores e atrizes profissionais⁵⁸. Para a construção dos roteiros também existem protocolos específicos. No caso das cenas aqui descritas, elas foram construídas a partir do protocolo SPIKES. (BRASIL, 2010b, p. 27).

Escolhidas as cenas, a equipe da Simulação Realística escolhe as personagens que transitarão no cenário, dentre elas estão os atores para os quais são definidos “perfil da personagem, de seu desempenho e dos pontos críticos do

⁵⁷ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DNRSrI5K6P>, último acesso em: 12 jul. 2016.

⁵⁸ Que já tem formação e licença para exercer a função. Que domina técnicas de interpretação e improviso.

cenário [e o] Simulador de paciente (robôs)” (BRASIL, 2010b, p. 67). Programados de acordo com a situação escolhida.

A descrição do roteiro refere-se a uma cena passada em cenário de Oncologia Pediátrica, onde uma menina de 16 anos sofrerá a amputação de uma das pernas. O médico responsável em fazer esse comunicado precisaria contar sobre o procedimento cirúrgico mutilador, numa fase crítica de desenvolvimento de projetos e sonhos que é o da adolescência, bem como negociar o consentimento da família e adesão ao tratamento.

Abaixo, reproduzimos relato da atriz Rita Ferreira, que interpretou a menina no cenário de oncologia pediátrica :

(...) eu não sabia quase nada sobre câncer, muito menos câncer em crianças, então, antes de participar, eu pesquisei, tirei dúvidas no hospital, para chegar o mais próximo da realidade. Minha personagem tinha 16 anos, fazia balé desde os cinco anos, era vaidosa, muito dedicada, sonhadora e, ao saber que ia amputar uma perna, era com se a vida dela tivesse acabado por ali, mas cada vez que um médico entrava na sala para fazer a visita, eu aprendia, tinha reações diversas, às vezes me revoltava. (...) Dentro do treinamento, tivemos todos os tipos de situações, por parte dos médicos, no como falar e tratar a paciente e, claro, isso mudava a minha reação. Mas, no geral, mesmo aqueles que, de certa forma, souberam como dar informações que mudariam a vida da minha personagem, sentiam o quanto podiam melhorar, e também ao contrário, aqueles que, ao finalizar o cenário, reconheciam que não tiveram jeito com aquela situação. (BRASIL, 2010b p. 69)

Diante desse depoimento, é possível ter uma ideia sobre a composição da personagem pela atriz. Antes de participar do cenário, ela recebe um resumo da personagem que precisa compor. Embora a composição da personagem se pautem em métodos inspirados no realismo, a representação foi repetida várias vezes no mesmo cenário, com pessoas e sentimentos diferentes. Notamos também que houve modificação na atuação da atriz, que se recontextualiza a cada cena de recebimento da notícia, que é dada por profissionais diferentes. Diante disso, embora o roteiro seja controlado e rígido, a cena na simulação deixa margem para improvisos da atriz, que tem controle da cena.

Na dissertação de mestrado: *Simulação Clínica com participação de atores para o ensino da consulta de enfermagem* (Oliveira, 2014) é possível encontrar outras pistas sobre o trabalho de atrizes e atores. Nesta obra, a autora relata que para as cenas de Simulação no Departamento de Enfermagem, foi feita uma

parceria com o Departamento de Artes Cênicas da UFSC, que disponibilizou estudantes de teatro para trabalharem em cenas simuladas de consulta.

Considerando-se descrição do trabalho desenvolvido na dissertação de Oliveira (2014), é possível fazer uma comparação entre o Hospital Universitário da UFSC e o Hospital Universitário Albert Einstein. Em ambos, os passos para a construção de um roteiro se aproximam. No item roteiro, o diferencial do hospital universitário da UFSC, que precisa ser destacado é que a validação do roteiro passa pelas leituras e opinião de atrizes e atores que irão interpretar a personagem.

Nos dois hospitais existe uma discussão para esclarecimentos, antes da construção de personagem e, neste sentido, eles se aproximam. Em ambos os casos, em relação a desenvolverem técnicas de controle das emoções e um certo distanciamento para utilizá-las de maneira racional em pontos específicos da cena.

Ainda segundo análises de Oliveira, a Simulação é

(...) diferente de um teatro em que as coisas acontecem exatamente como está no roteiro, é preciso que os atores saibam improvisar mediante um comportamento do aluno que não estava previsto. Para algumas perguntas que fugissem do roteiro foi definido que o Paciente Simulado diria que não sabia, não lembrava ou simplesmente negasse um histórico de doença ou sintoma questionado. (OLIVEIRA, 2014, p. 80)

Ainda que, na comparação com o teatro, Oliveira esteja pautada por um certo modelo de atividade teatral, onde a improvisação, o jogo e a interação, são pouco considerados, sua afirmação deve ser lida como algo que fala menos sobre o teatro (aqui apenas um contraponto estereotipado) e mais sobre a Simulação. E, nesse sentido, chama a atenção para a importância do improviso e da capacidade de manter e controlar a situação proposta.

Oliveira chama atenção também para as 'deixas', que o ator utiliza quando as perguntas não estão previstas, ou seja, quando o estudante em formação vai por um outro caminho que não aquele do caso que está em pauta. Esse tipo de procedimento parece seguir um padrão, pois no trabalho de campo no Laboratório de Simulação e Habilidades do curso de medicina da UFPR, nas provas finais da UNICID e no exame REVALIDA, seguiu-se o mesmo protocolo. Pelo que observei, essas 'deixas' têm o objetivo de alertar as (os) estudantes de saúde que algo está errado na cena ou no roteiro. Além disso, esta informação também nos remete ao

trabalho da atriz do Hospital Albert Einstein, a qual interpretou a personagem da menina de 16 anos e simultaneamente conduziu a cena.

Nesta via, encontrei outros pontos comuns entre os estudos, que apontam para a necessidade de construção de personagem e para técnicas de improviso dentro de um roteiro estabelecido, além do fato de que atrizes e atores de Simulação são responsáveis por manter o controle da cena simulada.

Embora o trabalho de dissertação de Oliveira, não tenha uma descrição de como as personagens foram compostas, a autora descreve alguns roteiros para criação de personagem que oferecem indícios desse processo, por exemplo:

Maria de Souza, 20 anos, solteira, católica, ensino fundamental completo, natural e residente do bairro Canasvieiras em Florianópolis. Foi admitida no dia 26/04/13 na emergência do HU inconsciente trazida pelo SAMU. Sinais vitais: PA 100x50, FC: 128 bpm, FR: 28 mrpm, T 36,0° C, Sat O2 99%, HGT 430 mg/dl. Diagnóstico médico: Cetoacidose Diabética - Diabetes Mellitus tipo 1. Encaminhada ao ambulatório para avaliação de enfermagem e orientação quanto ao uso de insulina (NPH – 20U antes do café da manhã e 10U antes do jantar). (Prontuário fictício1) (OLIVEIRA, 2014, p. 102)

A personagem foi composta com base nesse roteiro, citado por Oliveira, para o qual foram realizadas adaptações e conversas com a atriz responsável a dar vida a esta 'pessoa'. Ainda conforme a pesquisa da autora, a caracterização da personagem ficou sobre responsabilidade da atriz que recebeu as orientações da mediadora da Simulação.

Além disso, os artistas receberam os roteiros antes da construção dos cenários de Simulação, para terem tempo hábil na composição de suas personagens. Na descrição da autora é possível perceber que a Simulação é previamente ensaiada:

O ensaio permitiu estimar o tempo que poderia levar cada consulta bem como realizar ajustes finais na fala dos atores e possíveis improvisações que seriam necessárias. Foi discutido o figurino de cada ator e a maquiagem necessária para dar mais realismo aos personagens. (OLIVEIRA, 2014, p.82)

No caso do Hospital/Escola da UFSC, não há registros de um profissional específico para caracterização das personagens, ficando esta a cargo dos artistas responsáveis em interpretar a personagem do roteiro. Para eles são montados camarins com essa finalidade.

A autora salienta que pode participar das Simulações qualquer pessoa treinada. No entanto, ela, citando Fiona Dudley, ressalta que “O uso de atores profissionais facilita todo o preparo implicando apenas no custo desta participação” (DUDLEY apud OLIVEIRA, 2014). Na literatura consultada para esta dissertação, pude observar que há consenso sobre a qualidade técnica nos serviços prestados por atores profissionais, e, nesse sentido, há uma preferência, sempre que possível, pela contratação de atrizes e atores profissionais remunerados para tal finalidade.

Para Oliveira o trabalho de atrizes e atores “favorece a fidelidade psicológica” (OLIVEIRA, 2013, p.98), já que as atrizes e atores são formados para interpretar personagens, chegando muito próximo de um paciente real.

Observo que ao privilegiar aspectos como a “fidelidade psicológica” e formação para “interpretar personagens”, Oliveira se refere a um modelo de formação de ator, que não corresponde a complexidade da formação dos cursos universitários da área. Contudo, ela nos oferece inúmeros indícios de que é justamente o ator preparado nessa complexidade que teria as condições de oferecer a qualidade técnica pretendida nas Simulações. O preparo para o improviso, a capacidade de conduzir a cena, a interação necessária, a contribuição na discussão do roteiro, do figurino, e da própria fidelidade da relação estabelecida no contexto da Simulação, indicam que não se trata apenas de decorar um texto e “simular” sentimentos e sensações.

2.5 CARACTERIZAÇÃO

2.5.1 Maquiagem

As maquiagens realísticas são feitas de acordo com o cenário em que atrizes, atores ou boneco se encontram. Conforme Cristiane Ribeiro⁵⁹, Armando Ribeiro Filho⁶⁰ e João Marcos de Oliveira⁶¹, no artigo *Maquiagem e Simulação, um recurso para aumento da fidelidade*, é possível maquiar:

⁵⁹ Mestre em Fisiopatologia experimental pela Faculdade de Medicina da USP. Professora de estética Avançada das graduações e Pós-graduações em Estética em Pré- e Pós-procedimentos Médicos da Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo.

⁶⁰ Mestre em Comunicação, especialista em Artes Integrativas, professor nos cursos de: Estética e Cosmética com ênfase Maquiagem, Teatro, Rádio e TV, Design de Animação, Visagismo e Terapia Capilar.

praticamente tudo, desde um simples arranhão, ferimentos à bala, lesões dermatológicas, queimaduras, fraturas expostas (...). Além disso, técnicas mais avançadas de efeitos especiais ajudam até mesmo o aluno treinar a desbridar feridas, drenar abscessos (...) fazendo com que os alunos fiquem na dúvida entre o que é maquiagem e o que é realidade. (RIBEIRO; RIBEIRO FILHO; OLIVEIRA, 2012, p.135)

As maquiagens complementam a caracterização e dependendo da fidelidade do cenário não há preocupações com o acabamento. No entanto as maquiagens que serão observadas de perto e estudadas “precisam ter um acabamento perfeito” (RIBEIRO; RIBEIRO FILHO; OLIVEIRA, 2012,136).

No caso do Laboratório de Habilidades e Simulações da UFPR, existe uma mala com materiais para maquiagens, com finalidade específica de Simulação. Entre os materiais, estão *pancakes* coloridos, adesivos, selantes, base, tintas coloridas solúveis em água, sangue líquido cênico, sangue líquido para a boca, líquido efeito queimadura e produtos para remoção da maquiagem, conforme imagem a seguir:

Figura 10⁶² – Materiais de Maquiagem para Simulação



Fonte: Arquivo pessoal

⁶¹ Maquiador de beleza e caracterizador de efeitos especiais, com curso em efeitos especiais na cidade de Osaka, Japão. Com experiências em produções de TV e cinema, graduando do 1º Curso de Estética com Ênfase em Maquiagem profissional, Universidade Anhembi Morumbi.

⁶² Esse material pertence à mala de caracterização do Laboratório de Habilidades e Simulação da UFPR. Conforme indicações técnicas contém 3 frascos de sangue artificial para maquiagem, 5 pacotes de sangue artificial em pó, 1 cola para próteses, feridas adesivas; 2 ceras para modelar feridas; coagulante; 1 pacote de celulose metilica para o engrossamento do sangue artificial; 4 cores de maquiagem: branco, azul, marrom e vermelho; 1 gel arrefecedor ; 2 pacotes de fragmentos de vidro acrílico para a simulação de feridas com fragmentos de vidro; 2 vaporizadores; 2 pastas de modelagem: clara e escura; 6 depressores de língua; 1 pacote de lenços de papel; 2 sujeiras artificiais; 1 carvão; 1 vaselina; 2 espátulas. O material é comercializado pela Multistock – Belo Horizonte – Minas Gerais.

Os pesquisadores de maquiagem para Simulação Ribeiro; Ribeiro Filho e Oliveira (2012) sugerem uma lista de materiais para maquiagem. Segundo eles, muitas vezes são empregados materiais básicos de maquiagem social⁶³, que ajudam no acabamento e na composição de personagens. Juntando à lista sugerida, incluí também alguns materiais descobertos durante uma oficina que ministrei na condição de estagiária da Pós-graduação na graduação, de teatro⁶⁴. Entre os materiais para maquiagens estão:

Bases: Utilizadas para dar homogeneidade à pele. Estão disponíveis na forma de creme ou líquida, aplicadas com auxílio de esponja ou pincel para base. Estão disponíveis também na forma de *pankakes*, que são bases em pó prensado, estas últimas são ativadas ao entrar em contato com a água. Para utilizá-las é necessário uma esponja ou pincel umedecido.

Pankakes coloridos. Estão disponíveis em várias cores. Geralmente são utilizados em atores ou bonecos, que transitaram em cenários como os de Gerenciamento de Crise, Urgência e Emergência, Ortopedia, ou qualquer outro que solicite realismo em feridas, queimaduras, fraturas expostas, cortes, tiros, entre outros. Nestas caracterizações geralmente utiliza-se as cores: preto, branco, vermelho, amarelo e roxo. O *pankake* proporciona um acabamento próximo do real, por não conter brilho, com uma boa fixação e resistente ao suor. Para utilizá-lo deve-se umedecer a esponja ou o pincel e aplicá-lo com movimentos suaves e circulares.

Tintas Solúveis em água. Também conhecidas como “maquiagem de palhaço” ou “tintas para pintura de rosto”. Elas podem ser misturadas entre si, para formar novas cores. A aplicação geralmente é feita com pincel. São utilizadas para pequenos detalhes, por não ter boa fixação.

Pó facial. Auxilia na fixação da maquiagem, ao passar o pó, a pele fica opaca e seca. Utiliza-se depois da base. Geralmente é aplicado com esponja sendo o excesso removido com algodão, esponja seca ou pincel para pó facial.

Os materiais, específicos para Simulação ou para maquiagens com efeitos especiais, geralmente são adquiridos em lojas especializadas em maquiagens, ou

⁶³ Trata-se aqui da maquiagem encontrada no comércio de cosméticos e de usos corrente, seja nos salões de beleza seja diretamente pelos consumidores. Para o uso desse tipo de maquiagem na simulação é importante que os materiais não contenham nenhum tipo de brilho, como *glíter* ou equivalente.

⁶⁴ Na UDESC, no Curso de Licenciatura em Teatro, 5º período, disciplina: ESPAÇO TEATRAL 2, sobre a responsabilidade docente da profª Mestra Rosimeire da Silva, no ano de 2016.

em casas de festas de grandes cidades como Curitiba, São Paulo ou Rio de Janeiro. Embora já existam empresas que comercializam estes produtos, muitos deles são fabricados apenas no exterior.

Somando as sugestões descritas, indico também, na lista a baixo, alguns materiais alternativos que podem substituir os materiais geralmente indicados para maquiagem de Simulação. Pois, conforme os próprios autores, “nem sempre temos à disposição produtos profissionais e muitas vezes devemos lançar mão de outras substâncias que podem simular muito bem os efeitos desejados. (RIBEIRO; RIBEIRO FILHO; OLIVEIRA, 2012, p.139).

Dentre os materiais indicados estão:

Acetona. Utilizada como solvente de colas, selantes ou plásticos para prótese.

Adesivo. Utilizado para colar algum adereço posticho no personagem. Os mais utilizados na Simulação são: os vernizes, para colar bigodes e barbas; e os adesivos protéticos, que são mais fortes e resistente à transpiração, utilizados para colar próteses, feridas e ossos artificiais.. É aconselhável aplicar o adesivo na pele e esperar um tempo para que o produto reaja de forma líquida para pegajosa, para então colar o que se deseja. Para removê-los, utilizar um solvente de acordo com a indicação do fabricante. Como alternativa aos adesivos indicados, é possível utilizar a **cola branca**; a base de água, atóxica. Com ela pode-se colar qualquer material de textura da pele. Aplica-se sobre a pele seca. Remove-se com água e sabão.

Álcool isopropil a 99%. Como a acetona, também é utilizado para remover adesivos.

Tintas de cabelos. Na forma de cremes ou sprays, é utilizada para simular as cores que o roteiro solicitar. São aplicadas sobre os cabelos penteados e recomenda-se o auxílio de algodão, deixa-se secar e escova-se em seguida. Para removê-las do cabelo, lavar com água morna e xampu. Uma opção alternativa pode ser a mistura, em igual proporção de **gel fixador** de cabelo com **tinta guache** antialérgica. Mistura-se os ingredientes e aplica-se com pincéis ou algodão. Como substituto à tinta para o cabelo grisalho, esponjas de lã de aço (tipo Bombril, Assolan, ou outra) podem virar perucas e ser colocadas facilmente sobre o cabelo.

Esmalte de dente. Líquido, utilizado para modificar as cores do dente, dar aspecto de amarelado, podre ou manchado. Aplica-se sobre o dente seco, geralmente utiliza-se a cor preta, dourada, nicotina (dentes manchados ou

envelhecidos), branco (para clarear) e o vermelho (efeito de sangue). Removido facilmente com uma boa escovação ou algumas pinceladas em álcool isopropílico. Uma opção alternativa para o efeito de dente sangrento é a utilização de **lápiz para olhos** ou boca na cor vermelha e, para o dente apodrecido, o lápis preto ou marrom. **Ceras.** Utilizadas nas maquiagens de efeitos especiais, as ceras moldáveis têm a consistência amolecida. São empregadas nas maquiagens de cicatriz, cortes, feridas, utilizadas também para cobrir sobrancelhas, simula a tonalidade da pele podendo com elas criar calombos, nódulos, tiros ou qualquer maquiagem que necessite de profundidade. Uma opção alternativa para esses detalhes pode ser a **banana amassada**, em pequenas quantidades que adere tanto à cola branca, quanto ao verniz.

Sangue cênico. Existem diversas marcas e variações para cinema, TV e teatro. Pode ser de diversos tipos: **Líquido:** não deve aplicar em grandes quantidades, pois pode esfarelar; **Sangue para a boca:** utilizado para corar língua e boca; **Em cápsulas:** colocados dentro da boca, ao morder se misturará a saliva e produzirá uma espuma; **Sangue para os olhos:** goteja-se dentro do olho para obter um efeito realístico de pessoa doente. **Sangue em gel:** utilizado para dar o efeito de sangue fresco. **Sangue para crosta fresca:** com a coloração puxando para o marrom, é utilizado para simular um sangue que está secando e em maquiagens de ferimentos como queimaduras, amputações, cortes e outros traumas.

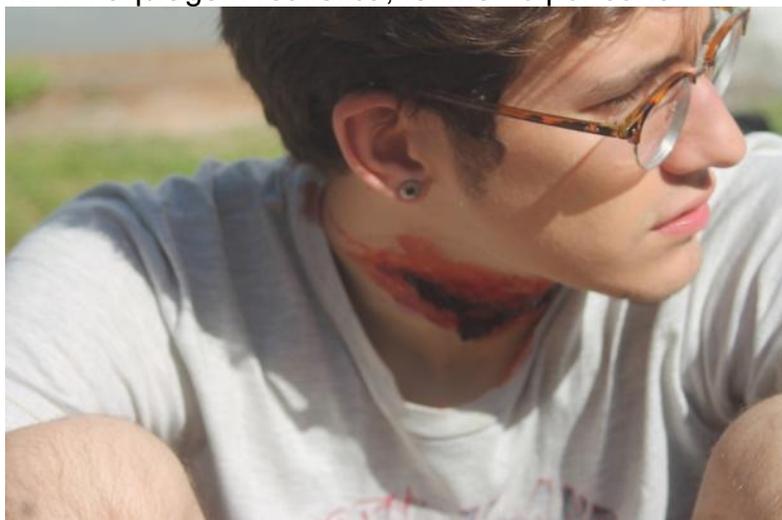
Em posse desse material e muita criatividade, é possível fazer diversas maquiagens e adaptá-las conforme necessidade do cenário. As maquiagens das imagens mostradas a seguir foram desenvolvidas na oficina realizada por mim durante o estágio supervisionado no Curso de Licenciatura em Teatro, a que me referi anteriormente.

Figura 11⁶⁵: Maquiagem realística, fratura exposta.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 12⁶⁶: Maquiagem realística, ferimento por corte.



Fonte: Arquivo pessoal

⁶⁵ Maquiagem de fratura exposta, desenvolvida em oficina de Maquiagem para Simulação, durante a pesquisa e o estágio supervisionado da Pós-graduação, na disciplina Espaço Teatral 2, do Curso de Licenciatura em Teatro, sobre a responsabilidade docente da prof^a Rosimeire da Silva. Para esta maquiagem foram utilizados: pankakes coloridos, cera de imitação de pele, verniz adesivo, haste de cotonete e massa de modelar para simular ossos, sangue líquido e sangue para crosta fresca.

⁶⁶ Maquiagem de ferimento por corte, desenvolvida na oficina citada na nota 17. Para esta maquiagem foram utilizados: pankakes coloridos, cera de imitação de pele, verniz adesivo, sangue líquido e sangue para crosta fresca.

Figura 13⁶⁷: Maquiagem realística, ferimento por arma de fogo.



Fonte: Arquivo pessoal

Após as oficinas de maquiagens realizadas com os alunos da graduação da Licenciatura em Teatro, programei uma visita técnica ao centro de Simulação do departamento de enfermagem da UFSC. Nesta visita, assim como em outras por mim realizadas durante o trabalho de campo não encontrei, até o presente momento, registros de profissionais especializados em caracterização nos hospitais, sendo esta, possivelmente, responsabilidade atribuída aos profissionais de teatro contratados para interpretar os personagens. Na literatura sobre Simulação no Brasil, o único material encontrado foi o artigo aqui citado.

2.5.2 Próteses de maquiagem

Durante o trabalho de campo no Centro de Habilidades e Simulação da UFPR, entrei em contato com um kit complexo para treinamento para Emergências Médicas, contendo várias próteses. As próteses podem ser aplicadas tanto nas atrizes e atores quanto nos bonecos e podem ser adaptadas a qualquer cenário. Elas simulam diversos tipos de ferimentos, tais como queimadura, lacerações, fraturas de pernas e braços e amputações. Conforme o catálogo do fabricante, o kit foi concebido para simular desastres comunitários como acidentes com ônibus ou explosões de prédios.

⁶⁷ Maquiagem de ferimento por tiro. Desenvolvida para mesma oficina. Para esta maquiagem foram utilizados: pankakes coloridos, cera de imitação de pele, verniz adesivo, sangue líquido e sangue para crosta fresca.

O kit contém diversas próteses, tais como: uma ferida abdominal com intestinos salientes, uma ferida de sucção no peito, uma ferida na mandíbula, duas fraturas expostas de úmero, duas fraturas expostas de fêmur, duas fraturas expostas de tíbia, uma amputação aberta, duas feridas de bala no pulso, uma laceração da testa, cinco feridas sem sangramento, trinta e seis lacerações adesivas e feridas de fraturas abertas, uma queimadura de fratura na mão, uma máscara para face em choque, uma máscara para face com queimadura de 1º e 3º grau, com queimadura de 1º e 3º grau do peito, uma queimadura de 1º e 3º grau das costas, uma queimadura de 1º e 3º grau da mão, uma queimadura de 1º e 3º grau do antebraço.

O kit tem também acessórios de maquiagens para complementar a caracterização, com: um espelho, adesivos corporais para feridas, duas ceras, três garrafas de sangue coagulante, cinco embalagens de sangue em pó, celulose para engrossar o sangue cênico, quatro frascos de tinta a óleo (nas cores vermelho, branco, azul e marrom), duas embalagens de acrílico quebrado para simular feridas com cacos de vidro cortante, um frasco de creme para retirada da maquiagem, dois borrifadores, duas pastas de modelação nas cores branca e preta, dois depressores de língua, duas sujeiras falsas, um carvão, uma geleia de petróleo e duas espátulas para manipular os materiais.

Figura 14⁶⁸: Kit com próteses de maquiagem.



Fonte: Arquivo pessoal.

As próteses simulam variados tipos de lesões corporais. São fabricadas na estrutura de adesivos, resina ou plástico. Geralmente são grudadas sobre a pele do artista, boneco ou manequim estático. Elas são maquiagens pré-fabricadas, por isso, em alguns casos, para melhorar a realidade da caracterização, é necessário o complemento de materiais de maquiagens, como sangue, verniz e *pankakes* coloridos.

3 DESCRREVENDO A PRÁTICA

As pesquisas de observações práticas tiveram início durante uma visita técnica monitorada, no ano de 2016, aos laboratórios de Simulação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), ainda neste ano, aconteceu o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira (REVALIDA)⁶⁹, no qual descrevo as observações na condição de atriz contratada e uma entrevista com um ator que também prestou serviços no exame. As observações continuaram no ano de 2017, nos laboratórios de Habilidades e Simulação do Departamento de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Seguiram no Departamento de Teatro da PUC e terminaram nas estações práticas monitoradas do Departamento de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID).

3.1 LABORATÓRIO DE SIMULAÇÃO DA UFSC

No dia 30 de setembro de 2016, foi realizada uma visita técnica monitorada com alunos do 5º ano da graduação de Licenciatura em teatro da UDESC. A enfermeira responsável pelo laboratório e a estagiária nos explicaram a metodologia de ensino por simulações e nos acompanharam até o laboratório de Simulação, onde foi possível fazer uma visita aos cenários de simulação.

Os Laboratórios de Práticas Simuladas estão instalados no Centro de Pesquisa em Tecnologias de Cuidado em Enfermagem e Saúde (Cepetec⁷⁰), no setor de Ciências da Saúde (CCS) da UFSC. Fazem parte dos laboratórios de Simulação o Laboratório de Práticas de Saúde Cuidativas Simuladas, o Laboratório de Telessaúde e Tele-Educação (LTT) e o Laboratório de Produção de Tecnologias. Inaugurados no mês de novembro de 2015, conforme a professora Maria Itayra

⁶⁹ Informações específicas sobre o REVALIDA, podem ser encontrados na página 05 desta dissertação.

⁷⁰ O Cepetec é um centro de referência em criação, monitoramento, experimentação, avaliação e divulgação de tecnologias inovadoras para o cuidado em Enfermagem e Saúde, com vistas a qualificar a assistência a essas áreas e atender as demandas da comunidade. O Cepetec envolve vários grupos de pesquisa do CCS e pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, do âmbito da UFSC e de outras instituições universitárias nacionais e internacionais. (UFSC, 2015)

Padilha⁷¹, os laboratórios estão de acordo com os princípios do SUS e com as Políticas de Humanização, neste sentido, afirma: “É nosso objetivo produzir conhecimentos para um cuidado tecnicamente competente, seguro e humanizado nas áreas de promoção, proteção e recuperação de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades do nosso Estado” (UFSC, 2015).

Durante a visita, observamos cinco cenários equipados com mobílias reais e utilitários próprios para os tratamentos de saúde, que simulam: uma enfermaria, uma UTI adulta e pediátrica e um domicílio composto com dois cômodos, separando quarto e cozinha, montados também com mobílias e utilitários de uma casa, entre os quais, eletrodomésticos, toalhas de mesa, roupa de cama, etc. Os cenários procuram se aproximar dos contextos da realidade a que se referem. Como cenários, contudo, nos remetem ao teatro realista, ou mesmo aos cenários cinematográficos.

Não fomos autorizados a fotografar, mas conforme a coordenadora do centro de Simulação, os cenários foram concebidos para simular desde os atendimentos mais simples aos mais complexos, como por exemplo, uma gestante no momento do parto. Dentro dos cenários, pudemos observar de perto os bonecos de alta e média complexidade, com o auxílio da monitora que explicou aos estudantes do teatro sobre o controle e funcionamento dos mesmos.

A estrutura física dos cenários ocupa 300 metros quadrados, distribuídos em dois andares.

No segundo andar está instalado o Laboratório de Habilidades de Procedimentos de Enfermagem (Labenf), constituído por três salas que se conectam e permitem a montagem de diversos cenários. Ainda nesse andar há o Laboratório de Cuidados Ambulatoriais, que é dividido em dois consultórios com sala de espera e um camarim que é utilizado por atrizes e atores durante o trabalho com Simulação.

No terceiro andar, está instalado o Laboratório de Alta Fidelidade (onde se encontram os bonecos), com três salas com isolamento acústico, sala com vidro multidirecional, equipamentos de filmagem em conexão direta ao *Sim View* (sistema

⁷¹ Professora titular do departamento de enfermagem da UFSC, em entrevista sobre a inauguração do Laboratório de Simulação.

eletrônico de acompanhamento de controle), monitorados por uma sala que contém os equipamentos de controle do boneco de alta complexidade.

Figura 15: Laboratório de Alta Fidelidade



FONTE: Imagem de Henrique Almeida para *websit* da UFSC, departamento de Enfermagem⁷².

Nesse andar também está o Laboratório de Ambiente de Cuidados Domiciliares, que simulam a visita em domicílio, dentro de uma proposta de cuidado e atenção à saúde da comunidade. Ainda, nesse andar, podemos observar o almoxarifado, que está organizado com dupla função, por um lado funciona como sala de apoio, para guardar todos os materiais que podem ser utilizados em diferentes cenários de Simulação, por outro lado tem também a função de servir como Secretaria dos Laboratórios de práticas Simuladas.

Ao lado dos laboratórios, tanto no segundo quanto no terceiro andar, existem duas salas de reunião utilizadas para o *debriefing*, que tem por objetivo atender os protocolos de Ensino por Simulações, que prescreve a discussão após a cena.

3.2 Laboratório de Habilidades e Simulação da UFPR

Os trabalhos de observações no Laboratório, aconteceram entre os meses de outubro a dezembro do ano de 2017, após a autorização da professora Camila

⁷² Ilustra o Laboratório de Alta Fidelidade. Imagem disponível no website da UFSC em: <http://noticias.ufsc.br/2015/12/enfermagem-inaugura-laboratorios-para-simulacao-de-praticas/> último acesso em 19 de jan. de 2018.

Fachin⁷³, que autorizou que eu realizasse observações nas aulas do 5º e 6º período da graduação de medicina.

O professor Fábio Rocha Farias⁷⁴, inicia sua disciplina explicando aos estudantes do 5º período da graduação de medicina sobre a necessidade de cuidar dos bonecos destinados a Simulação. Ele sensibiliza os estudantes para o fato que os bonecos são equipamentos que possuem uma vida útil como outros equipamentos e que sua duração dependerá do cuidado que se tenha com eles. Fala também sobre o custo da reposição das peças, da dificuldade em obtê-las e das precauções necessárias ao bom cuidado deste equipamento.

É prática da coordenação, exigir cuidado com todos os equipamentos dos laboratórios. Os bonecos de alta e baixa complexidade são manipulados com cuidado. Quando estão no cenário, antes da cena, sobre a maca, sempre estão cobertos com lençol. Quando estão em cena, são tratados por todos como pacientes reais. Para guardá-los, segue-se as normas técnicas do laboratório. Não é permitido tocá-los sem luvas.

Durante os dias em que acompanhei as aulas observei que os estagiários de medicina que trabalham no laboratório, são responsáveis para organizar o cenário, ligar os computadores, preparar os bonecos e manequins, bem como higienizar os materiais que serão utilizados durante as Simulações.

Os cenários são fiéis ao leito de um hospital. Contudo, substituindo o vidro espelhado está o vidro transparente, como se pode observar na seguinte ilustração:

73 Médica com Doutorado Sanduíche, no Children's Hospital da Philadelphia, no Center for Fetal Research de abril de 2014 a abril de 2015. Atual coordenadora do Laboratório de Habilidades e Simulação da UFPR.

74 Médico, especialista em cardiologia, mestre em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2012). Atualmente é professor Assistente da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná.

Figura 16. Cenário⁷⁵ do Laboratório de Habilidades e Simulação.



Fonte: Arquivo pessoal.

O forte do laboratório de Simulação e Habilidades da UFPR é a utilização dos bonecos e dos manequins estáticos. Todas as cenas observadas pautaram-se em roteiros condizentes com os planos de aula dos professores. Alunas e alunos da graduação de medicina, antes de participarem da aula no cenário, fazem leitura de textos e assistem a vídeos sobre o conteúdo e a Simulação, que ficam disponíveis no portal virtual do laboratório.

Ao adentrarem no cenário, é de prática todos professores, iniciarem com uma retomada de conteúdo ministrado na aula anterior, respondendo as dúvidas e exibindo vídeos sobre a Simulação que será realizada naquela aula.

3.3 Departamento de Teatro da PUC/PR

No dia 28 de novembro do ano de 2017, estive nas dependências da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, com a finalidade de entrevistar a professora Silva Monteiro⁷⁶ e o professor Luann Vianna da Conceição⁷⁷, ambos

⁷⁵ Os cenários de Habilidades e Simulação da UFPR apresentam o diferencial de terem vidros transparentes. Os professores ficam juntos com os alunos e, ao mesmo tempo em que ministram as aulas, manipulam os sons e a voz do boneco por meio de programas do computador que aparece na ilustração.

⁷⁶ Atriz, diretora, dramaturga com mestrado em Filosofia, coordenadora do departamento de Teatro da PUC/PR.

⁷⁷ Graduado em Teatro, especialista em Arte Mídia, instrutor de Simulações na PUC/PR.

responsáveis pelo trabalho de atores e atrizes nas Simulações da graduação de medicina da PUC/PR.

As entrevistas foram feitas com perguntas abertas, numa roda de conversa num dos cafés da Universidade.

Segundo a professora Silvia Monteiro, o trabalho com Simulações acontece nas graduações de Direito e de Medicina. E isto é possível, por conta de uma parceria entre os departamentos.

Conforme Monteiro, antes de existir a parceria com o departamento de Teatro, quem fazia as Simulações nas graduações de medicina, eram os próprios estudantes de medicina, um fazia para o outro. No entanto,

Eles não tinham credibilidade, eles começavam a rir, não eram efetivos, não tinham as ferramentas, então as vezes a Simulação não funcionava, e não sabia-se se era a Simulação que não funcionava, ou ela não funcionava porque não estava sendo bem feita. E então eles [professores de medicina] descobriram sim, que quando ela não funciona, é porque não está sendo bem feita. (informação verbal)

A professora Silvia Monteiro, conta que foi numa apresentação informal, que aconteceu a apresentação como professora de teatro ao doutor Emilton Lima Júnior⁷⁸, logo após a apresentação, ele falou sobre o Centro de Simulação e do trabalho que havia assistido nos Estados Unidos, de Simulação feita por atores. A partir desta conversa surgiu tanto o projeto quanto a parceria entre os departamentos. Os trabalhos de Simulação tiveram início no segundo semestre de 2014.

No departamento de teatro, existe um núcleo de atores, sobre a direção do instrutor Luann Vianna da Conceição, que trabalham nas Simulações. O referido grupo é composto por estudantes da graduação de teatro. Eles entram no grupo em troca de horas complementares. A partir disso, podem desenvolver pesquisa, alguns deles são bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), ou seja, ganham bolsa para participar da Simulação como projeto de extensão. Os estudantes que estão há mais tempo, transformam-se em estagiários. Os estudantes de teatro prestam serviços interpretando Pacientes Simulados, em aulas e provas na graduação de Medicina (informação verbal)⁷⁹.

⁷⁸ Doutor em Ciências Médicas, coordenador da Educação Continuada da Escola de Medicina da PUC/PR.

⁷⁹ Informação fornecida pela professora Silvia Monteiro para esta pesquisa, durante entrevista na cidade de Curitiba, nas dependências da PUC/PR, no dia 28 de nov. de 2017.

Quanto à função de instrutor de Simulação na PUC/PR, Luann Vianna da Conceição, nos explica que o instrutor de Simulação é quase como um professor teatral de interpretação e improvisação, pois os atores precisam ser orientados sobre as emoções e comportamento, que precisam ter dentro do cenário. (informação verbal)⁸⁰. Para isso, acontecem os ensaios, com os roteiros dos casos que serão Simulados. A função do instrutor é instruir o ator ou a atriz a fazer uma boa interpretação de seu Paciente Simulado. Conceição ressalta que, para os alunos [de teatro] é extremamente relevante participar, porque na Simulação, são necessárias técnicas improvisação, de construção de personagens e tipos, onde os alunos de teatro, conseguem exercitar na prática os conhecimentos que aprendem durante a graduação.

Conceição também esclarece que, tanto em contexto de aulas, como de prova, as Simulações são bem curtas, de 5 a 4 minutos e para cumprir o atendimento e, esta Simulação, vai ser repetida pela atriz ou ator, mais de vinte vezes. (informação verbal)

Quanto aos cenários que as (os) estudantes trabalham, são os de Gerenciamento de Crise, Más Notícias e Trauma. Conforme Conceição, o cenário também é o caso. Ele cita o exemplo de dois cenários que aconteceram no Trauma:

Conforme o instrutor, no Cenário 1: O paciente caiu de moto e deu um baque tão forte no peito que traumatizou o pulmão. Para dar vida a este Paciente Simulado, o ator que interpretou o Paciente, precisou criar um tipo de respiração, onde simulasse que apenas um lado do tórax tivesse expandindo, como se estivesse respirando com apenas um pulmão. Este detalhe, conforme o instrutor, foi fundamental para as (os) estudantes de medicina pudessem compreender o caso clínico e ter clareza nos sintomas e do roteiro.

Conceição também nos conta que é de *práxis* da pessoa responsável pelo roteiro das Simulações com Paciente Simulado da PUC/PR incluir nos cenários situações complicadoras.

Como exemplo ele cita o roteiro do Cenário 2:

Acidente de carro, um homem está em atendimento, no momento do acidente estava acompanhado de sua esposa, ele não viu a esposa, mas ela foi ejetada do carro e faleceu. Quando acorda já está no hospital e sua

⁸⁰ Informação fornecida pelo instrutor Luann Vianna da Conceição para esta pesquisa, durante entrevista na cidade de Curitiba, nas dependências da PUC/PR, no dia 28 de nov. de 2017.

primeira pergunta é sobre a esposa. E neste momento, os estudantes de medicina além de lidar com a situação do atendimento do Paciente Simulado, que está em estado grave, precisam lidar com a angústia do paciente que pergunta pela esposa o tempo todo. (RELATO VERBAL)⁸¹

O foco principal dos cenários, segundo Silvia Monteiro é a Humanização do atendimento, onde os estudantes de medicina exercitam a prática de tratar seus pacientes como pessoas, dentro de um contexto.

Como exemplo de Humanização no atendimento, a professora Silvia cita uma situação que aconteceu num cenário durante uma Simulação, com uma situação complicadora, onde houve

descontrole do aluno de medicina, isso que foi numa sala, com muita gente junto, numa mesa, como estamos aqui agora, e o aluno perdeu o controle em Simulação. E neste momento, reconhecemos que na Simulação o aluno tem a chance de treinar, e mesmo assim apresentar dificuldades, onde os professores [de medicina] insistem em corrigir, já que os pacientes não fazem curso de medicina, ele também não vem ensaiado, ele vai falar, ele vai gritar, ou ele não vai falar, ou vai falar com uma linguagem simples, e que também o médico não pode falar com uma linguagem técnica que o paciente também não vai entender. (RELATO VERBAL)

Ainda conforme Monteiro, todas as questões são trabalhadas no *debriefing*. Momento este reservado para discussões sobre o que deu certo ou errado no cenário. Em algumas situações os atores foram convocados a participar com suas personagens das discussões, no intuito de conversar com as (os) estudantes de medicina se retornariam ou não para o estabelecimento em que foram atendidos. No intuito de fazer as (os) estudantes de medicina repensarem suas práticas, diante de uma realidade simulada, segura e supervisionada.

Por outro lado há casos, relatados por Monteiro, sobre o retorno dos estudantes de medicina, que durante o trabalho no hospital se depararam com casos reais que eram muito próximos aos ocorridos nas Simulações.

Conceição e Monteiro nos contam que o trabalho do grupo de Simulação é referendado pelo professor Egídio J. Romanelli⁸², que em conversa, confessou que o corpo do Laboratório é bonito, possui tecnologia, cenários, bonecos de alta complexidade, próteses, maquiagens, mas que a alma do Laboratório é o trabalho

⁸¹ Informação fornecida pelo instrutor Luann Vianna da Conceição para esta pesquisa, durante entrevista na cidade de Curitiba, nas dependências da PUC/PR, no dia 28 de nov. de 2017.

⁸² Professor da graduação de medicina da PUC/PR.

de teatro. “Que se o ator não estiver aqui, este lugar não serve para nada”.(relato verbal)

Como todo trabalho, a Simulação já passou por crises no departamento de Medicina. Monteiro e Conceição, expuseram uma situação, onde alguém quis acabar com o trabalho de Teatro desenvolvido no Laboratório de Simulação, porém os próprios alunos de medicina se rebelaram e o trabalho entre os departamentos continuou. Pois já é de compreensão da comunidade acadêmica de Medicina da PUC/PR que:

só os bonecos de alta complexidade, só com as próteses e computadores, com os manequins que pode cortar, costurar... Não é a mesma coisa. Pois a ideia do contato médico, a relação médico-paciente, tem que ter um paciente, tem que ter uma pessoa que fale, que viva, e que não seja uma pessoa que tenha a mentalidade de uma pessoa que estuda medicina. (RELATO VERBAL)⁸³

Esta fala reflete o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo grupo, desde 2014 e que vem ganhando mais espaços.

3.4 PROVAS FINAS DA UNICID e o OSCE

Entre os dias sete e oito de dezembro de 2017, a convite da professora Elaine Quedas de Assis⁸⁴, foi possível acompanhar as avaliações finais da graduação de medicina da UNICID.

As Avaliação Baseada em Competências Empregando Simulação, são estruturadas sobre os protocolos do Exame Clínico Objetivo Estruturado [*Objective Structured Clinical Examination*] (OSCE). Formulado pelo professor Ronald Harden em 1970, segundo Karen C. Abrão⁸⁵ “desde sua primeira aplicação, foram

⁸³ Informação fornecida pela professora Silvia Monteiro e pelo instrutor Luann Vianna da Conceição para esta pesquisa, durante entrevista na cidade de Curitiba, nas dependências da PUC/PR, no dia 28 de nov. de 2017.

⁸⁴ Doutora pela Faculdade de Medicina - USP - área de concentração Educação e Saúde (2010), Mestrado em Odontopediatria pela Universidade de São Paulo (1997), possui Especialização em Odontopediatria pela FUNDECTO - Universidade de São Paulo (1991), Especialização em Saúde Coletiva pela ABO (2007), Especialização em Docência no Ensino Superior pela UNICID (2010). Professora do Programa de Integração da Saúde na Comunidade (PISCO) da Universidade Cidade de São Paulo (2009 - 2014); professora de Odontopediatria e Epidemiologia e Saúde Pública da Universidade Guarulhos, e Tutora do curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo. Experiência na área de Saúde Pública, Odontopediatria e Educação em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção primária em saúde, promoção de saúde, prevenção de doenças e ensino na saúde.

⁸⁵ Doutora em Ciências pelo Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de São Paulo. Professora da disciplina Saúde da Mulher da Universidade Anhembi

publicadas mais de novecentos artigos com experiência dessa utilização nos mais variados cenários do ensino da saúde” (ABRÃO, 2012, p. 103). Segundo a autora, este exame é mundialmente reconhecido como metodologia eficaz no processo de avaliação.

Entre os objetivos do OSCE, é avaliar “o que o estudante consegue fazer diante de determinada situação da vida profissional e não apenas se ele sabe fazer o que deveria ser feito” (ABRÃO, 2012, p. 105), para além das habilidades técnicas, avalia-se também as habilidades comportamentais ou seja como as (os) estudante se comportam diante de determinadas situações clínicas, de maneira planejada e estruturada. Para isso a avaliação consiste em diversas estações curtas⁸⁶, com duração de aproximadamente 5 min.

O OSCE aconteceu no 6º andar do prédio da graduação de medicina da UNICID. Em entrevista com um dos professores avaliadores: Jorge Tangará Mutran⁸⁷, “os cenários estão montados há três anos, neste prédio”. Nesse andar existem vinte cenários equipados com mobiliário de consultório⁸⁸, sala de apoio para guardar materiais de Simulação, quatro corredores de avaliação e sala de professores (informação verbal)⁸⁹

Na UNICID, 60 alunos são divididos em seis grupos de dez, para participar das avaliações. Em um primeiro momento ficam confinados numa sala sem aparelhos de celular. Para as provas, o protocolo de sigilo é rigoroso, com toda uma infraestrutura e logística, evitando que o grupo de alunos que participaram das avaliações não se comunique com o grupo que está na sala de espera do confinamento.

Morumbi. Autora do artigo: Avaliação baseada em Competências Empregando a Simulação – OSCE (ABRÃO, 2012, p. 103)

⁸⁶ As estações são cenários montados dentro dos objetivos específicos das avaliações.

⁸⁷ Doutor em Ginecologia pela Universidade Federal de São Paulo UNIFESP- S.P., Mestrado em Ciências Biológicas (Microbiologia Aplicada) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho- UNESP e Mestrado em Odontologia (Fisiologia e Biofísica do Sist. Estomatognático) [Piracicaba] pela Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, Especialista em Microbiologia e Parasitologia pela Universidade de Marília- UNIMAR. Atualmente é professor titular de Pós Graduação da Universidade Tecnológica Federal do Paraná UFTPR- PR, professor titular de Pós Graduação da Universidade Comunitária de Chapecó UNOCHAPECÓ-SC, Tutor dos cursos de Medicina e Biomedicina da UNICID.

⁸⁸ Conforme mencionado no item cenário desta pesquisa.

⁸⁹ Informação verbal, concedida para esta pesquisa, durante entrevista em trabalho de campo na UNICID.

As (os) estudantes tiveram acesso ao roteiro quatro minutos antes de entrar no cenário. O roteiro estava fixado na porta de acesso ao cenário, conforme imagem a seguir:

Figura 17⁹⁰: Primeiro contato com roteiro.



Fonte: Arquivo pessoal

Dentro do cenário, o roteiro também estava fixado nas mesas, para que as (os) estudantes pudessem ler novamente, caso surgissem dúvidas.

As Simulações começam simultaneamente em cenários distintos. Conforme a professora Elaine Quedas Asis (relato verbal):

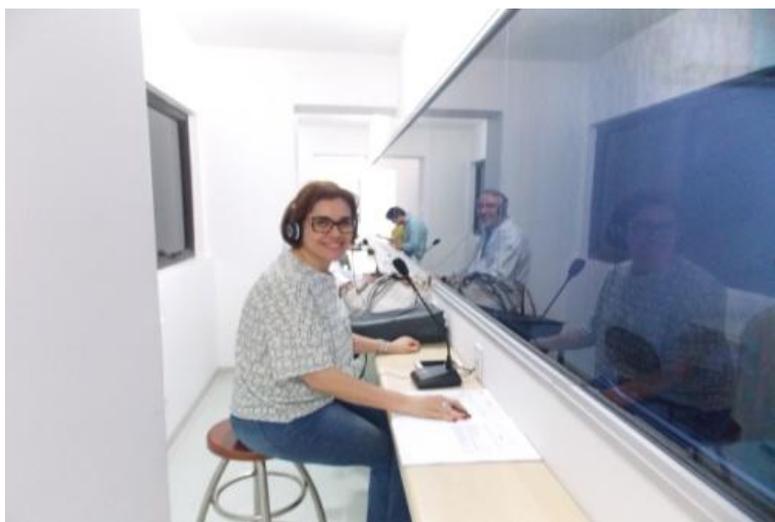
Durante a Simulação, eles precisam seguir o *checklist*. Durante a cena, vamos avaliando. Eles são orientados para isso. Conforme vão tendo as aulas práticas, nós professores vamos orientando sobre os procedimentos. Por exemplo, nesta cena que está acontecendo... A estudante não forrou a maca. A maca precisa ser forrada. Outro protocolo, é a localização da percussão, tem que pedir para o paciente abrir a calça, ela não pediu. São detalhes, que às vezes, o ator no processo de ensino/aprendizagem nos repassa. Neste caso, quando é feita a avaliação pelo ator. Hoje, quem avalia somos nós, os professores das disciplinas.

Conforme o relato da professora, as atrizes e os atores, que trabalham nas Simulações, que não são avaliações oficiais, também tem a responsabilidade de avaliar alunos, repassando aos professores os procedimentos e condutas ocorridas durante a cena.

⁹⁰ Imagem da estação, ou corredor de acesso aos cenários onde aconteceu a avaliação, durante o OSCE da graduação de medicina da UNICID. Momento em que as (os) alunas (os) tem o primeiro contato com o roteiro.

Para os do OSCE observado, foram utilizados seis consultórios, nomeados de estações práticas monitoradas. Os cenários são interligados por dois corredores de avaliações, que são espaços destinados aos professores avaliadores para observar as cenas de Simulação, conforme imagem a seguir:

Figura 18 ⁹¹: Corredor de avaliação da UNICID



Fonte: Arquivo pessoal.

Através da parede com vidro multidirecional, é possível simultaneamente assistir às cenas e interagir com o estudante que está no processo da avaliação ou em aula.

Figura 19: Interação através do vidro multidirecional



Fonte: Arquivo pessoal.

⁹¹ Imagem do corredor de avaliação, durante o OSCE da graduação de medicina da UNICID. Momento da interação da professora, com a aluna e a atriz dentro do cenário.

Para a realização das avaliações nos cenários, foram contratados três atrizes, um ator⁹² e uma pós-graduanda do doutorado de medicina da USP, com experiência em interpretar personagens nas Simulações.

A responsável pela contratação dos atores é a professora Elaine. As pessoas que interpretam personagens nas Simulações são remuneradas e cumprem uma carga horária de 4 horas por período.

Segundo o professor Tangará⁹³, responsável pelo primeiro dia das avaliações, “Há um reconhecimento do trabalho dos atores. Aqui em São Paulo esta área está crescendo bastante”.

Conforme abordado, a Simulação é prescrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações de Saúde. E esta metodologia, requer profissionais habilitados para interpretar personagens. Como exemplo o professor Tangará (relato verbal), cita um cenário de Comunicação de Más Notícias onde,

O paciente que receberia a notícia foi inspirado numa história semelhante à deles, o paciente havia feito seus quatro ou cinco anos de cursinho para passar na graduação de medicina, na comemoração que passou no vestibular, foi comemorar com os amigos e durante a comemoração, sofreu um acidente de carro e ficou tetraplégico. Os estudantes de medicina tinham que entrar no cenário e comunicar esta notícia, para um ator... Com todas as questões e protocolos como o de Spikes. Depois de passar por este cenário, mais de 50% dos estudantes saíram chorando, por não saberem como fazer para lidar com questões delicadas. Pois o objetivo deste cenário é causar impacto.

Para realmente o cenário cumpra seu objetivo, o trabalho do ator é fundamental, pois a personagem precisa representar no momento a complexidade de uma pessoa que recebe uma Má Notícia.

Ao observar o OSCE, consegui notar que a equipe de professores e as (os) estudantes de medicina da UNICID, reconhecem a importância do trabalho de atrizes e atores em cenários de Simulação.

⁹² A pesquisa considera atriz ou ator a pessoa portadora de licença para atuar, expedida pela Delegacia Regional do Trabalho, ou atriz/ator em formação, quando são estudantes de teatro, independentemente da modalidade de ensino.

⁹³ Informação concedida em entrevista para esta pesquisa, durante o processo de avaliação da UNICID.

3.5 TRABALHO COMO ATRIZ NO EXAME REVALIDA

Durante o ano de 2016, aconteceu o exame REVALIDA⁹⁴, no qual integrei o grupo de artista contratados para prestar serviços de interpretação do Paciente Padronizado⁹⁵. O contrato foi celebrado entre a empresa organizadora do exame: Cebraspe e a (o) artista. Quanto as cláusulas, elas pedem sigilo absoluto sobre os roteiros ou quaisquer material utilizado no exame, pois tem como objetivo, manter a 'lisura e a isonomia' da prova. No que refere ao tempo de trabalho, é de dois finais de semanas que caíram entre os dias 25 e 26 de novembro e 3 e 4 de dezembro, daquele ano. Durante estes quatro dias, o contrato pediu exclusividade, sendo, dois dias destinados ao treinamento nos períodos da manhã da tarde, outros dois dias, em período integral, manhã, tarde e noite. Para quatro dias de trabalho, foi pago o cachê no valor de R\$ 1.200,00.

Este valor, correspondeu ao processo de montagem e prestação de serviços como Paciente Padronizado, onde cada artista individualmente participou de 16 rodadas, sendo 8 rodadas para cada dia de exame. Uma rodada equivale a cinco cenas com cinco médicos participantes, e o tempo de cada rodada, tinha duração de uma hora.

No primeiro final de semana, passamos por treinamentos, com um professor de teatro, doutorando da Universidade de Brasília. O professor foi contratado na função de Supervisor de Pacientes Simulados. A ele estava a responsabilidade de treinar a equipe de artistas. O professor passou a ideia sobre o que era e como aconteceria a prova, e explicou a função do Paciente Simulado. Após isso, fizemos treinamentos com aulas de teatro, como aquecimento corporal, jogos de teatro, improvisação e interpretação de roteiros que já haviam sido interpretados em provas anteriores.

No segundo final de semana, nas dependências do Hospital de Clínicas de Curitiba, aconteceu a prova. Nossa equipe, ficou disponível desde 6h 30 minutos até as 21 horas, com intervalo de lanche e almoço. Durante o período do exame ficamos em confinamento, e podíamos se comunicar apenas com os organizadores do evento e com os colegas que trabalhavam no cenário, mediante autorização.

⁹⁴ Maiores informações sobre o exame REVALIDA podem ser encontradas na página 05 desta dissertação.

⁹⁵ Conforme explicado no capítulo 3, possui esta nomenclatura, possuir um padrão de interpretação. Ou seja, o mesmo personagem é interpretado por cinco atrizes ou cinco atores, sem oscilação ou discrepância de composição.

Durante uma hora, que não estive atuando, pude observar o andar onde trabalhei. As (os) médicas (os), que prestariam o exame, andavam em filas e de maneira cronometrada e organizada, passavam simultaneamente por 5 estações (corredores com as salas onde estavam preparados os cenários). Cada estação compunha-se de 05 cenários, perfazendo 25 salas, onde aconteceram as cenas, naquele andar.

Quanto às estações, eram formadas por cinco cenários de cada, sendo eles: Cenário 1 - Cirurgia, Cenário 2 - Medicina da Família e Comunidade, Cenário 3 - Pediatria, Cenário 4 - Ginecologia-Obstetrícia e Cenário 5 - Clínica Médica.

Quando estávamos em posse do roteiro, tínhamos 15 minutos para compor os pacientes padronizados. O grupo de artistas que trabalharia com a mesma personagem, se reunia rapidamente para chegar a um consenso sobre a padronização. Após isso, não podíamos mais se comunicar e sempre éramos acompanhados por um esquema de segurança entre trajeto da sala de espera da equipe de artistas e a sala onde os cenários estavam montados. A justificativa se pautava em garantir o sigilo do conteúdo cobrado no roteiro.

Como exemplo, cito uma personagem que considero complexa e com um certo grau de dificuldade na composição, visto aos poucos minutos para montá-la, o roteiro veio escrito em três páginas, contendo o caso clínico e conjunto de ações necessárias. Nossa equipe composta cinco atrizes, montou uma personagem densa, que sofreu violência física e psicológica. As informações: como nome, idade, número de filhos, sintomas, medicação e a situação da personagem, tiveram que ser lidas e decoradas no tempo de 15 minutos, antes de entrar em cena. Ainda, neste tempo fizemos uma reunião para padronizá-la. Mesmo com todos os problemas que ela enfrentava, combinamos entre nós, que por mais que fosse pesada à carga emocional da personagem, que não iríamos chorar e que falaríamos num tom baixo, deprimente e desesperador. Ainda neste tempo, precisamos decorar todos os passos do que seria necessário acontecer no roteiro, para que a (o) médica (o) avaliador (a) pudesse fazer seu trabalho.

Entendo que assim aconteceu em outros cenários, com outros personagens padronizados, inclusive o mesmo roteiro é interpretado no mesmo dia e horário, por outros artistas, nas sete cidades em o exame aconteceu.

As cenas tinham duração de 10 minutos, intervalo 5 minutos a cada meia hora. Durante dois dias, interpretei uma personagem padronizada por período, ou seja, foram quatro personagens, uma para cada período.

Em cada cenário acontecia cinco rodadas com cinco médicos, que durante a prova foram avaliados dentro dos cenários. Os profissionais que entravam para prestar o exame, não tinham ideia do roteiro, eles tinham apenas dois minutos para ler o caso clínico, que continham informações básicas sobre o paciente padronizado. Durante a cena, muita tensão e concentração. Os profissionais que passavam pelo cenário tinham energias diferentes, alguns tensos, inseguros, outros calmos, aflitos, porém como atriz, era preciso manter o padrão de personagem, em vinte cenas por período. Nós artistas, conduzimos as cenas, para alguma pergunta que saía do roteiro, fomos orientados a responder: não sei / isso é irrelevante para o cenário/ não lembro / não recordo, para que o profissional durante a prova soubesse que as perguntas ou atitudes não estavam de acordo com o esperado no roteiro.

Como pesquisadora este trabalho aprimorou minha visão de ensino por Simulações.

3.6 ENTREVISTA COM O ATOR PAULO MATOS

Um ano que sucedeu o exame, marquei entrevista com o ator curitibano Paulo Matos, ator profissional, com trabalhos no teatro, TV e cinema, que esporadicamente presta serviço como ator em Simulações. Integrou a equipe de artistas que trabalhou como Paciente Padronizado no REVALIDA/2016 e como Paciente Simulado nos Cenários de Comunicação de Más Notícias da UFPR/2017. A entrevista aconteceu durante uma conversa, ao ar livre numa praça em Curitiba. Como metodologia, utilizei questionário com perguntas abertas. A conversa foi gravada e transcrita, conforme consta no Apêndice C.

Antes de ser chamado para os trabalhos, o ator desconhecia a proposta de ensino por Simulações.

Quanto ao REVALIDA, o ator ficou sabendo por acaso, um dia após o início dos treinamentos. Os organizadores tiveram dificuldades para encontrar atores com os horários disponíveis na cidade. Como não participou integralmente do treinamento, ele nos conta que quando tinha dúvidas sobre os sintomas de seu Paciente Simulado, perguntava diretamente ao médico avaliador:

sobre a intensidade da dor, investigava, para saber como atuar no cenário, pois tínhamos que contracenar sem entregar nada para pessoa, mas que possa ajudá-lo a dar diagnóstico. Foi então que percebi que médico não é adivinho, o paciente também tem que saber explicar o que tem. Então me preocupava com isto. Saber explicar o problema de saúde e o que aquilo me causava. Tendo isso em vista, tentei ser o mais natural possível e acreditava que estava realmente com aquele problema.(RELATO VERBAL)⁹⁶

Quando o profissional saía do roteiro, o ator nos conta que acontecia coisas engraçadas e que a primeira vez que estava trabalhando no cenário, aconteceu do médico avaliado sair do roteiro. Paulo contou que ficou sem ação. Neste caso houve a intervenção da médica avaliadora, que interrompeu a cena dizendo 'isso não tem a ver com o caso'. Em outros momentos, houve casos onde os médicos em avaliação pediram para se despir, neste caso o ator respondeu: considere que já me despi.

Outro fator importante pra informar é que o ator também relata que:

Às vezes na hora da prova não tem a ferramenta correta, para ser usada na hora. Neste caso o próprio médico precisa improvisar. Teve um cenário que o médico falou que precisava de uma agulha, e foi dito que não tinha, então vamos improvisar, faça de conta que a agulha está aqui e pronto. (RELATO VERBAL)

Lembrando que as ações previstas e esperadas do roteiro eram apenas de conhecimento do o ator e da médica avaliadora, neste caso a pessoa, também precisa possuir habilidades de improviso dentro da cena, para saber se as atitudes condizem com os conteúdos cobrados no roteiro. Diante disso, pode-se afirmar que a pessoa participante do exame que utiliza a Simulação, improvisa durante toda a cena tendo como base os conteúdos trabalhados durante a graduação.

Quanto ao trabalho como ator, na composição do Paciente Simulado no Cenário de Comunicados de Más Notícias da UFPR/2017, Paulo, nos conta que o perfil do personagem era bem parecido com ele, tinha 50 anos, magro e que estava prestes a receber uma má notícia sobre o estado de saúde. Conta também que recebeu

o roteiro, cinco ou dez minutos antes de começar, o texto não é o problema em si, o problema era a má notícia e bem ruim. No cenário fiquei chocado. [Durante o tempo de preparação de personagem] fiquei pensando.. Meu Deus... Como vou receber esta notícia? Pois eu tinha que convencer os médicos de que realmente a notícia que eles estão me dando é real. Neste cenário, tive que chorar. Consegui chorar quase todas às vezes e consegui

⁹⁶ Informação concedida em entrevista para esta pesquisa, durante a entrevista feita em Curitiba, com o ator Paulo Matos.

fazer. Achei bacana o exercício... Senti que alguns alunos acabaram sendo frios, com relação a como dar esta notícia... Conversamos um pouco depois da cena... [...] eu sei, que eles têm o lado médico deles, que precisam ser um pouco mais frios, que não podem se envolver emocionalmente com o paciente, pois acaba atrapalhando o trabalho deles, pois com emoção ninguém faz direito o que tem pra fazer talvez. Mas também tem que ver o lado humano... Não pode ser só frio, não pode só pensar no seu lado pessoal... Tem que pensar também, que está dando uma má notícia para uma pessoa, um ser humano; ele não está ali porque quer, ele está com problemas... Então isto tem que levar em conta. Achei [este cenário] muito legal, muito interessante. Adorei. Achei que toca nas pessoas de uma forma, que elas não esperam. (RELATO VERBAL)

A partir deste depoimento, podemos lembrar as reflexões sobre a proposta de Humanização no ensino por Simulações e a função do ator neste processo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei salientar, ao longo do trabalho, que o Ensino por Simulação e os recursos de teatro presentes nesta metodologia, substituem práticas tradicionais de ensino, onde as primeiras experiências e procedimentos do estudante em formação eram realizadas diretamente em pacientes reais ou animais de hospitais/escola. O uso do boneco e manequins estáticos contribuem para preservar a integridade física daqueles que são atendidos por estudantes ou profissionais em formação continuada. A participação de atores e atrizes, por sua vez, contribuem para uma melhor qualificação e preparação emocional dos futuros profissionais. Contribui também para lembrar ao profissional que não se trata apenas de técnica, de equipamentos, ou de corpos. As relações que ele ou ela vai estabelecer serão com seres humanos com suas idiossincrasias, que mesmo seguindo um protocolo, envolve improviso. Ou seja, trata-se de um encontro, como no teatro, e, nesse sentido, é importante parafrasear aqui uma célebre frase de *Bertold Brecht* (1957): o teatro não deixa de ser teatro, mesmo quando utilizado para fins didáticos.

O trabalho de atrizes e atores em Simulação, bem como as práticas e recursos advindos do teatro, possui a vantagem de poder colaborar para a segurança do paciente e o treinamento do estudante, já que as primeiras interações serão em ambiente simulado, onde é possível errar e refletir sobre este erro, procurando dar significado as teorias numa prática que é simulada. O ser humano doente, deixou de ser objeto de aprendizado e passou a ser atendido por um profissional mais preparado, que deve considerá-lo como um sujeito que procura a assistência hospitalar, por necessidade de cuidados e apoio, e com o qual, fundamentalmente, ele precisa se comunicar, ele precisa entender.

Embora, existam disponíveis: artigos, livros, dissertações e teses sobre Simulação na Saúde, e exista o reconhecimento do trabalho de atrizes e atores em cenários de Simulação, a atuação nessa área ainda é pouco conhecida no campo das Artes Cênicas. As relações trabalhistas e possibilidades de contratação para esse tipo de trabalho, as normas e protocolos de segurança para a atuação nas práticas de Simulação são pouco discutidas, ou mesmo ignoradas pelos profissionais das Artes Cênicas. Pensando em futuras pesquisas penso que algumas questões poderiam ser investigadas, tais como: Como está a atual situação dos profissionais de Teatro que trabalham em Simulação? Esses artistas foram

incorporados aos Recursos Humanos de algum hospital/escola? Como se dá o pagamento e a contratação desses artistas? Como são organizados os horários de trabalho e sua formação para as atividades de Simulação?

Notei também a necessidade de uma pesquisa no campo estético da atuação e composição de personagens. Sabemos que são exigidos nos hospitais/escolas referências, artistas já formados com habilidades técnicas de interpretação e improvisação e também que na última década, os profissionais da cena no contexto da Simulação em Saúde, ganharam um novo espaço de trabalho e pesquisa. Com isso as demandas de investigações sobre as maneiras e formas em que este trabalho está acontecendo se ampliou. Vale pesquisar também em que medida os avanços nas pesquisas e experiências artísticas no campo da atuação e da interação com público podem contribuir para pensar tanto a atuação no campo da Simulação quanto o Teatro, num sentido mais amplo, na formação dos futuros profissionais da Saúde.

A Simulação em Saúde é uma prática que tende a crescer em nosso país, mesmo diante da atual conjuntura política brasileira, que está propícia a cortar verbas para as áreas de Educação e Saúde. Como profissionais de teatro, temos muito a contribuir. O trabalho de artistas é necessário no ambiente de aprendizagem hospitalar, por isso precisamos nos inteirar e ocupar esse espaço de trabalho e pesquisa.

Nesta prática de ensino, é possível estabelecer diálogos entre o conhecimento da área das Artes Cênicas e aquele desenvolvido nas ciências da saúde. Na aprendizagem hospitalar, o teatro ganha um espaço significativo. Esta prática, descortina oportunidades de pesquisa e trabalho para nós profissionais da cena: atores/intérpretes, atores/manipuladores, maquiadores, dubladores, diretor ou professores de teatro. E, além disso, ela descortina também um campo de diálogo entre conhecimentos que tem trabalhado com a Simulação como estratégia de conhecimento, seja na tentativa de agarrar o real, seja como possibilidade de criar outras realidades e a própria capacidade de tratar o real de uma perspectiva crítica.

Embora a arte e a ciência sejam formas de conhecimento que lançam mão de métodos e estratégias diferentes, é possível mostrar historicamente que o diálogo entre ambas é extremamente profícuo. Na Simulação em Saúde elas já estão dialogando. Resta agora aprofundar esse diálogo, trazendo também os artistas e os estudiosos da arte para pensarem a Simulação, o que podemos aprender com ela e

no que nossa forma de conhecimento pode contribuir. E, nesse sentido, como podemos construir juntos formas mais humanas e justas de relações no campo da Saúde e da Arte.

REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, Maria Inês. Táticas da cognição: a simulação e o efeito de real. **Revista Ciência & Cognição**, UFRJ: Rio de Janeiro, v. 09, 56-63, out./nov. 2006. Disponível em:
<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/604>
Acesso em 12 de fev. 2017.
- ABRÃO, Karen. **Avaliação baseada em Competências Empregando a Simulação – OSCE**. In QUILQUI. Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**, antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015.
- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti. **Determinação Social da Saúde**. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. UFPR, 2017. Nota de aula.
- AMARAL, A. Maria. **Teatro de Animação**. São Paulo: FAPESP, 1997.
- ARAGÃO, J.C.S. et al. O uso da técnica de *role-playing* como sensibilização dos alunos de Medicina para exame ginecológico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.33, n1, Mar.2009.
- ARAÚJO, A. L. S. *et al.* **O que é simulação e por que simular**. In QUILQUI. Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
- ASIS, Elaine Quedas. **Simulações nas provas finais da UNICID**. São Paulo, 7-8 de dez. de 2017. Entrevista
- BALARDIN, Paulo. **Teatro de Bonecos ou Teatro de Animação?** Urdimento, v.2, n.25, p.165–175, Dezembro 2015. Disponível em:
- CONCEIÇÃO, Luann Vianna. **Participação de atores em simulações na graduação de medicina PUC/PR**. Curitiba, 28 de nov. de 2017. Entrevista
- BRASIL, Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação. Resolução nº CNE/CES Nº 4, de 07 de novembro de 2001a. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União, 29/10/2001. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1 p. 38.
- _____. nº CNE/CES 583/2001. **Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação**. [saúde]. Diário Oficial da União, 29/10/2001b. Brasília, DF, Art. 12.
- BRASIL, Ministério da Educação, Brasília, DF, 2017a, portal eletrônico que traz o conceito de hospital escola, disponível em:
< <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios> > Acesso em: 23 de outubro de 2017.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Revalida**. Brasília, DF, 2017b. Portal eletrônico, disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/educacao-superior/revalida>> Acesso em: 20 de out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. p. 05. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> > Acesso em: 04 jul. 2016.

_____. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf> Acesso em: 09 ago. 2015.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Comunicação de notícia difíceis na atenção à saúde**. Coordenação geral de gestão assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA, 2010b. Disponível em: < <http://pt.slideshare.net/carinh/comunicando-noticias-dificeis> >. Acesso em: 09 ago. 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf > Acesso em: 26 set. 2015.

BRECHT, Bertold. Estudos sobre teatro, para uma arte dramática não-aristotélica. Trad. Fiana Hasse Pais Brandão. Col. Lieselotti Rodrigues. Lisboa, Portugal: 1957.

EPPICH, W.J., ADLER MD, MAGAGHIE WC. Emergency and critical care pediatrics. **Use of medical simulation for training in acute pediatrics emergencies**. Curr Opin Pediatr. 71-266, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16721146>. Acesso em 06 jul. 2016.

FABRI, Renata Paula. **Construção de roteiro teórico-prático para atividade simulada**. Defesa em 01 de set. 2015. 63p. Dissertação de Mestrado pela Escola de Enfermagem - USP, SP, Ribeirão Preto. 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-22122015-163941/pt-br.php> Acesso em 16 jan. 2018.

FIORI, Ernani Maria. Prefácio. in: FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**, 17^a. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FREYXE, Guy. [Troisième partie. III. «Tension entre l'animé et l'inanimé — Rendre la vie par l'absence de vie» [Terceira Parte. **Tensão entre o Animado e o Inanimado** — Rendre a vida pela ausência de vida], p. 107-113, in *Les Utopies du masque sur les scènes européennes du XXe siècle* [As Utopias da Máscara nos palcos europeus do século XX]. Montpellier: L'Entretemps, 2010. Tradução Inédita de José Ronaldo Faleiro.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**, 17^a. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra: 1996.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Ensino. **Centro de Simulação Realística**.

Disponível em:

< <http://www.einstein.br/ensino/Paginas/centro-de-simulacao-realistica.aspx> >

Acesso em 6 de jul. 2016.[33]

IRLANDINI, Izabella Azevedo. **A voz no teatro de animação**: artificialidade e síntese vocal. 2013. 210 p. Mestrado em Teatro (Dissertação). Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2013. Disponível em:

http://www.takey.com/Thesis_97.pdf

Acesso em 18 de maio. 2018.

KNIGHT, A. **Humane Teaching Methods Prove Efficacious Within Veterinary and Other Biomedical Education**. Proc. 6^o World Congress on Alternatives & Animal Use in the Life Sciences August 2007; 213-220.

LAERDAL: *Helpening Save Lives*. **Educação em Saúde**. Noruega, 2017.

Disponível em:

<<http://www.laerdal.com/br/doc/367/Historia-Laerdal-Ontem-e-Hoje>>

Acesso em 05/11/2017

MATOS, Paulo. **Trabalho de ator em Simulações**. Curitiba, 1 de dez. de 2017.

Entrevista

MONTEIRO, Sílvia Maria. **Participação de atores em simulações na graduação de medicina PUC/PR**. Curitiba, 28 de nov. de 2017. Entrevista

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Trad. Eloá Jacobina. -21^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

_____. **O método 5**: a humanidade da humanidade. 3. Ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

_____. CYRULNIK, B. **Diálogo sobre a natureza humana**. Lisboa: Instituto Piaget, 2014.

MUTRAN, Jorge Tangará. **Simulações nas provas finais da UNICID**. São Paulo, 7-8 de dez. de 2017. Entrevista

OLIVEIRA, Saionara Nunes de. **Simulação Clínica com participação de atores no ensino da consulta de enfermagem**: uma pesquisa-ação. Defesa em 20 de dez. 2013. 179p. Dissertação de Mestrado- UFSC, SC, 2014.

PASCHE, D.F.,PASSOS E. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Núcleo de Apoio ao Sareh. **Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (Sareh)**. Curitiba : Seed-PR., 2010. Disponível em:
<http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos_tematicos/tematico_sareh.pdf> Acesso em: 22 de out. 2017.

QUILICI, Ana Paula, et al.[34] **Simulação clínica**: do conceito a aplicabilidade. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

RIBEIRO, Cristiane; RIBEIRO FILHO, Armando; OLIVEIRA, João Marcos de . **Maquiagem e Simulação** – Um recurso para aumento da fidelidade. In QUILIQULI. **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p.136 a p. 156.

ROMANO, Minna Moreira Dias. PAZIN FILHO, Antonio; **Simulação em manequins: aspectos técnicos, didática II - Simulação**. **Revista de Medicina Ribeirão**, São Paulo Preto, v. 40, n.2, p. 171-179, abr./jun. 2007. Disponível em:
http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n2/4_simulacao_em_manequins.pdf
Acesso em 6 de jul. 2016.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TRONCON, Luiz Ernesto de Almeida. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Simpósio DIDÁTICA II - SIMULAÇÃO**. Ribeirão Preto, Capítulo V. 40 (2): 180-91, abr./jun. 2007. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/315>
Acesso em 03 de mai. 2018.

UDESC. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos da UDESC**: tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso e relatório de estágio / Universidade do Estado de Santa Catarina;equipe de elaboração: Borszcz et al. – 3. ed. – Florianópolis / SC: UDESC, 2011. Disponível em:
<http://www.udesc.br/arquivos/id_submenu/533/manual_2011final.pdf > Acesso em 27 set. 2015.

UFSC. Portal de notícias da UFSC. **Enfermagem inaugura laboratórios para simulações práticas**. Departamento de Enfermagem, 2015. Disponível em:

<http://noticias.ufsc.br/2015/12/enfermagem-inaugura-laboratorios-para-simulacao-de-praticas> > Acesso em 19 jan.2018.

URDIALES. Akihito Inca Atahualpa. **Suporte Básico de Vida (BLS)**: roteiro para atriz de simulação. UFPR: Curitiba, 2017. Nota – roteiro manuscrito, feito em aula, para interpretação de personagem.

VILAR, Rosana Lúcia Alves. **Humanização na estratégia da saúde da família**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2014.

APÊNDICE A

OBSERVAÇÕES NA UFPR

As observações aconteceram no laboratório de Habilidades e Simulação, em aulas do 5º e 6º período da graduação de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

A coordenação, as funcionárias, os estagiários e os professores envolvidos receberam bem a pesquisa. Na Simulação, prepondera a utilização de bonecos e manequins estáticos.

Em todas as observações, notou-se que estudantes e professores respeitam as normas do laboratório, tais como não entrar com canetas, cuidar dos equipamentos. Os bonecos são cuidados e tratados como pacientes reais e para manipulá-los é necessário a utilização de luvas.

6.2.1 Observação 1

Aula de Suporte Básico de Vida, sobre responsabilidade do professor Fabio Rocha Farias.

No primeiro dia de aula o professor repassa o conteúdo que será trabalhado no trimestre. Explica os métodos e instrumento de avaliação e plano de aula.

A aula tem suporte de dois estagiários de medicina. Enquanto o professor faz a explanação, os estagiários higienizam as máscaras que serão utilizadas na simulação.

Conteúdo **BLS 1,2 e 3** – Compressão torácica e ventilação com máscaras. Conforme o professor, os planos de aulas atendem as diretrizes do ano de 2015 e seguem os protocolos de atendimento da Sociedade B. de Cardiologia da *American Heart Society*.

Já no cenário, por meio de questões colocadas pelo professor, percebe-se que todos têm conhecimento teórico prévio do conteúdo a ser ministrado. O professor exhibe um vídeo produzido pela *American Society*, com a seguinte cena: duas pessoas treinando para uma maratona num parque, quando o personagem Márcio tem um ataque cardíaco. Pede-se ajuda. Chega o atendimento emergencial, no vídeo são explicados os protocolos de reanimação. Após a exibição do vídeo, abre-se para questões e o professor tira as dúvidas sobre o protocolo.

No cenário: Dois bonecos de média fidelidade, caracterizados com roupas e tênis de corrida. Um manequim com cabeça e dorso. Colchonetes para acomodar os bonecos

O professor faz demonstrações sobre os procedimentos técnicos e explica sobre a postura corporal de quem atenderá na Simulação.

Cenário 1: Cenário Técnico de Habilidades de Compreensão.

Primeira cena - A Simulação se inicia com um estudante interpretando um único socorrista, que presta atendimento sozinho.

Segunda cena – Em duplas os alunos simulam a equipe de socorrista.

Terceira cena – Ações simultâneas de atendimento aos dois bonecos e ao manequim estático.

Após as cenas, o professor exhibe outro vídeo sobre os protocolos de segurança. As cenas se repetem, o professor corrige o posicionamento da mão, as normas do laboratório, utilização das máscaras de ventilação mecânica e o posicionamento do corpo sobre o tórax do paciente.

Cenário 2: Cenário Técnico de Habilidades de Compreensão e Ventilação Mecânica

Os alunos repetem os procedimentos das cenas anteriores e incluem a habilidade de ventilação mecânica. Em todas as cenas o professor interrompe em momentos que acontecem erro nos procedimentos ou quando o boneco não responde à ventilação mecânica.

Após todos os alunos treinarem no cenário com os bonecos e manequins, o professor repassa o roteiro de protocolo de atendimento à emergência:

- Falar com o boneco
- Pedir ajuda
- Verificar as pulsações
- Iniciar as compressões e ventilação

Os estudantes iniciam o atendimento sozinhos, mas a cada vez que chega outro estudante que interpreta o papel de um integrante da equipe de socorrista há revezamento para os procedimentos.

O cenário também conta com o apoio de um aparelho que recebe o nome de DEA – o que controla o tempo e calcula se o boneco precisa de choque.

Após o repasse dos protocolos, o professor cria a situação das cenas:

CENA 01: O estudante de medicina está passeando num shopping e alguém pede socorro, pois o pai caiu no chão.

Antes de entrarem nas cenas, as duplas escolhem quem interpretará o socorrista, quem ajudará no atendimento na Simulação. As cenas acontecem simultaneamente com seis estudantes no cenário e três bonecos (dois estudantes por boneco e dois para o manequim). O tempo de atendimento aos bonecos é cronometrado pelo professor com auxílio dos estagiários.

Após todos participarem do cenário, se dá início ao processo do *debriefing*.

6.2.2 Observação 2

Os procedimentos do início da aula segue o mesmo protocolo da primeira observação. Tema da aula: SBV em adultos; Administração de ventilação.

No cenário estão quatro manequins estáticos, 2 manequins *Ressuci Ane*, 01 manequim masculino e um manequim estático, com travesseiros ao lado dos bonecos.

O professor passa os casos e deixa claro que não é treino de habilidade, mas sim retenção de conhecimentos.

O professor inicia a aula perguntando o que os alunos lembram, das aulas de habilidades. Faz revisão de conteúdos. Logo após repassa os protocolos de atendimento ao paciente:

Desfibrilador não depende do operador.

DEA- Aparelho aeroporto, estádio, hipermercados, academias. Alta taxa de circulação de pessoas.

O professor passa os casos simulados e dá o comando: “Na hora que eu autorizar, vocês entram em cena”. Os monitores ventilam os bonecos para ver quais

estão respondendo a ventilação. Quem não participa da simulação anota o que lembra, o que foi bem feito e preparam questões para serem discutidas.

Iniciam-se os procedimentos de higienização das máscaras.

O professor explica o problema do erro de fixação. “Faz e mesmo sem querer faz errado. Por isso vou interromper, caso errem”. Professor mostra os procedimentos e a posição corporal para prestar o atendimento. Ele pergunta: Quem começa?

Surge o primeiro voluntário.

CENA 01: Plantão. Paciente feminina, dor torácica, 40 anos, inconsciente.

O aluno contracena com o boneco e chama qualquer aluno para ser parceiro de cena. Começam os procedimentos nos cenário de habilidades.

O aluno esquece a máscara de respiração. Alguém leva a máscara. Interage com o boneco. Surge o outro estudante de medicina com o aparelho que diz o que fazer. Em dupla revezam os procedimentos. O professor alcança objetos que não estão na cena e tranquiliza os alunos (risadas). Massagens torácicas no boneco. Os alunos contam alto. Duas respirações com Ambu. A máquina analisa o ritmo cardíaco. Choque não recomendado. Se necessário administra-se choque pulmonar.

DEBRIEFING

ALUNO 01- Desde que o paciente ficou inconsciente, chamei ele e ele não respondeu, fiz os protocolos de atendimento. Troquei com o Ramom. No começo não tinham alguns equipamentos. Precisou.... No improviso ele repete o que aconteceu. Fiquei confuso.

PROFESSOR- Percebi que você ficou confuso. Precisa checar? Sim ou não?

ALUNO 01: Sim.

PROFESSOR- A máquina disse que não precisava. Quais os sinais? Quando o paciente dá sinais de vida? (O professor corrige e explica os protocolos de procedimentos.)

Alunos que não estão em cena elaboram questões. Surgem dúvidas.

PROFESSOR- O mais importante é colocar o DEA.

CENA 2- Plantão no Samu, paciente 80 anos, duas nebulizações, dificuldade respiratória intensa, acabou de desmaiar. Personagens: socorristas de estrada, médicos do Samu .

Protocolos 2015: qualidade de compressão torácica.

O professor escolhe uma aluna para contar o tempo de contração, outra conta tempo de compressão, 80%.

A primeira cena acontece sem controle do tempo.

PROFESSOR- Reanimação é assim que funciona! (Dá ordem aos alunos responsáveis pelo tempo) Quero o tempo total!

Os alunos refazem a cena agora cronometrada pelos monitores, que contam em voz alta. O professor dá o sinal, outro aluno chega com os equipamentos. O DEA dá as instruções do que tem que ser feito.

Alunos contracenam e recebem instruções sobre o que fazer.

Um destaque para a seriedade com que fazem a cena e os outros colegas da turma assistem.

O aparelho fala novamente.

Revezamento. Recomeçam os procedimentos de ressuscitação.

Professor para a cena.

Em pausa, o professor pergunta aos alunos.

Rendi zone

Cena 4´15

Ressucitação 2´36

PRÓXIMA DUPLA

CASO:

Paciente, 50 anos, na fila de embarque desmaiou.

Alunos contracenam com o boneco.

Professor corrige os erros de fixação.

Professor questiona se os alunos estão com a máscara de respiração.

Revezamento de alunos.

Contracena.

Aluno corrige o outro. Seguem as instruções.

Um dos estudantes de medicina fica vermelho por conta do esforço.

Paciente sem sinais vitais. Recomeçam os procedimentos.

Professor interrompe.

Os alunos descrevem as cenas.

O aluno fala: “errei”. O professor corrige: A gente não erra, a gente pode melhorar.

O aluno relata que perdeu a força.

Alguém faria algo diferente?

Uma aluna diz como faria. O professor: “Perfeito”.

CENA durou 5´12.

Conclusão: o aparelho DEA está demorando.

60 por 10, pois não perdeu tempo.

Comunicação. Ok! Vou ajudar: alunos corrigem a postura do braço.

Revisão na literatura.

CASO 4

Plantão no Hospital do Trabalhador. Dá entrada um homem de 30 anos, usuário de drogas, em quadro de overdose.

O professor interrompe a cena e corrige os erros no momento dos procedimentos de ressuscitação.

Os alunos contracenam entre si, olham fixamente para o boneco e fazem os procedimentos.

Revezamento nos procedimentos.

Os alunos contam o que fizeram em cena e que erraram nos procedimentos.

15 alunos e três estagiários.

As dúvidas são colocadas em discussão

CASO 5

Plantão no Hospital Geral, quadro de insuficiência renal. Pai de uma gestante desmaiou na maternidade. Deu parada cardíaca no pai.

LUVAS para proteger o boneco.

Aluno - Esqueci de pedir ajuda!

Ele sabe que passou por cima do paciente em vez de dar a volta.

CASO 6

Plantão no Clube Graciosa, homem de 50 anos, queixa de indigestão.

CASO 7

UPA Pinheirinho, homem de 80 anos, diabético, hipertenso, fumante.

Professor: A Simulação foi boa para perceber que vocês estavam cansados.

Relembra os passos da ressuscitação. Passos. 1,2,3 e 4.

26/10 Observação da professora Camila Fachin:

Cita textos e exhibe vídeo.

Cateterismo masculino, feminino e infantil (não tem simulador infantil).

Treinar na aula.

Comentar as diferenças.

Fazer a prática que é o objetivo da prática.

New England Journal Medicine.

Vídeos sobre simulação, protocolos de procedimentos.

Ana, médica está de plantão no hospital. Aparece um senhor de 79 anos para ser sondado.

A professora médica na simulação interpreta uma auxiliar de enfermagem e não sabe o que utilizar para fazer o cateterismo

A aluna precisa falar sobre os materiais corretos para sondagem, para cada erro uma explicação descontraída sobre as especificidades dos materiais e a realidade dos hospitais.

Em cena dois manequins, um feminino e um masculino. O masculino é o 'Seu José'.

Materiais para sondagem.

Professora explica as especificidades dos materiais e a realidade dos hospitais.

De maneira descontraída alunos tiram dúvidas com a professora, que a todo momento faz outra pergunta.

Explica os protocolos.

A aluna vai pedindo os materiais para a professora, que explica para os demais presentes na aula. Todos observam e prestam atenção na aula. Quando não conseguem ver as especificidades dos materiais, se aproximam da professora.

Tipos de medicação.

Para cada erro uma explicação.

A professora chama os manequins de bonecos.

Para cada erro, exemplos explicativos que partem da realidade da vida profissional, sobre os procedimentos.

A professora prossegue a simulação como enfermeira e orienta os procedimentos como os pacientes.

.

A aluna interage com o manequim e com a professora.

A aluna não lembra como faz assepsia na genitália masculina, a professora relembra.

Há um roteiro de procedimentos para sondagem. A aluna lê e faz os procedimentos.

A professora corrige cada vez na cena dos procedimentos. Todos os alunos se aproximam.

Às vezes a aluna tem dificuldade com os procedimentos, mas a professora ajuda e corrige para que ela tenha um bom desempenho.

A professora, explica à prova

Explica o procedimento no simulador feminino, que está em posição ginecológica.

Dona Josefa, 54 anos, com leucemia, cistite hemorrágica.

Cleôncio, transplante, está no centro cirúrgico já anestesiado.

Começam as simulações.

Dois alunos fazem as simulações simultaneamente, depois todos da turma fazem a simulação.

A professora observa.

Durante a simulação, uma aluna em tom de brincadeira perguntou sobre humanização.

Numa das simulações, uma aluna, ao se apresentar para o simulador, ri e pergunta ao monitor os protocolos.

A professora ensina maneiras simples de conversar com o senhor (manequim).

Marilía, 27 anos, vai fazer uma cirurgia.

Professora passa os casos.

Durante as explicações é recorrente a frase 'na vida real'.

Todos prestam atenção.

Na aula com manequins, os alunos desenvolvem os protocolos de comunicação com os monitores, que fazem perguntas aos estudantes de medicina.

A professora problematiza os casos, com ênfase nos erros de procedimentos de casos reais.

Depoimentos sobre os erros de procedimentos no momento do *Debriefing*:

Professora Camila: “Falem do atendimento de vocês...”

(Risos)

Aluno 1: Eu acho que no começo faltou pedir uma Tomo

Aluna 2: Eu falei sobre imagens... Mas tipo...

Professora: Daí o paciente começou a piorar. Não deu tempo.

Aluno 1: Precisava de X... Possivelmente o abdômen agudo.

Professora: Se eu te falasse que este aqui era o raio-X do paciente? Que vocês não pediram? (professora repassa o exame para os alunos).

Aluno 1: (observa) É..

Professora: Vocês tiveram a vantagem de ser o último grupo. Então assim... A gente estava diante de um paciente de onze anos, que chegou no pronto socorro... Qual que era o diagnóstico de base deste paciente de onze anos que chegou no pronto socorro? Ele tinha alguns diagnósticos.

Aluno 1: Apendicite...

Professora: Vamos deixar a apendicite por último porque o diagnóstico é a última coisa que iremos fazer. O que precisamos fazer primeiro com o paciente no pronto socorro? (murmurinhos)... Ele está diante do quê? A equipe que atendeu por último falou: “é um paciente com choque séptico”... Porque é um paciente com choque séptico? Ele está com uma PA 80X60, obviamente que é hipotenso, para um menino de quinze anos, ele está taquicárdico e hipotenso, então ele está chocado. A gente presume que é um choque séptico, porque ele tem febre e parece estar com quadro de abdômen agudo.. Além disso, ele é mais o quê? Que uma pessoa em choque séptico apresenta? Quais são os outros sinais que eles apresentam?

ALUNO 1: Leucocitose

PROFESSORA: Leucocitose, mas isso a gente pode ver no exame. O que temos no exame clínico dele?

ALUNO 1: A febre.

PROFESSORA: Sim a febre. Mas a questão do choque...

[a discussão sobre o caso dura mais 15 minutos]

APÊNDICE B

ENTREVISTAS/ OBSERVAÇÕES NO OSCE DA UNICID:

Professor Tangará

1) Sobre o processo de avaliação

Eles vêm pra cá rotineiramente, durante os períodos de aula [...] e fazem as atividades juntos com os atores. O momento deles com o ator não é uma novidade, é uma rotina. Durante as aulas, eles participam da Simulação em módulos menores [como, por exemplo]: exames de toque em consultas só fazendo abdômen, só fazendo, só fazendo tórax, só fazendo cabeça, só fazendo pescoço. Então o momento do OSCE é quando junta todos os módulos, então os alunos são avaliados.

2) Na UNICID, sobre os roteiros

Depende da situação, os atores recebem roteiro, quando tem uma história que o ator precisa pesquisar, mas, quando a simulação for só de exames, os atores recebem o roteiro só do que vai acontecer na Simulação, para que eles possam entrar no cenário sabendo do que vai acontecer.

3) O professor ajudou a montar laboratórios de medicina, e um deles é tradicional. Tem diferença do Ensino por Simulações e do Ensino Tradicional?

Muita. Sou um pouquinho mais velho, fui formado pelo Ensino Tradicional. Comecei a trabalhar com Metodologia Ativa, no ano de 1996, na FANEMA em Marília, onde trabalhei com capacitação de docentes. Particpei da formação, com o grupo de ia trabalhar com Metodologia Ativa, onde ministrei curso para tutores. Começamos a implantar a Metodologia Ativa. { onde na UNICID? } Ela entrou dentro do (PBE?), completo, com todas as atividades: Simulação, tutoria, laboratório **morfofuncional**(?). Houve um salto de qualidade muito grande no processo de ensino/aprendizagem para os alunos, isso nos resultou de qualidade, na formação dos profissionais que se formam aqui. A dinâmica é muito melhor. Para os professores, esta metodologia é muito mais difícil, tem que estudar bastante e cada

momento de encontro com os alunos é um momento novo, pois você não controla até onde os alunos estudam, por isso não dá pra mensurar até onde eles vão... Muitas vezes eles nos superam, a ponto de fazer a gente conferir em literatura específica se o que eles estão falando procede. Na metodologia tradicional, o professor pode dar a mesma aula por doze anos e prever até o momento em que as dúvidas que podem surgir. No Ensino por Simulações isto não acontece. Trabalha-se com grupos pequenos, onde é possibilitado aos estudantes trazerem questões e atualidades nos assuntos de saúde. Todos os conteúdos são discutidos, esmiuçados. Isso exige que os professores estejam muito bem atualizados. Na Metodologia Ativa, não tem como estar em zona de conforto.

4) Pode-se afirmar que há recursos de teatro dentro do Ensino por Simulações?

Sim. Eu trabalho também com habilidades de comunicação. E isto também está prescrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Nesta habilidade, sim, precisa-se de trabalho de atrizes e atores. No cenário de habilidades de comunicação, a atriz tem um papel, ela é uma paciente, que chega com seus anseios, com suas queixas e dúvidas dentro de um contexto. Nós fizemos, neste semestre, uma Simulação, onde colocamos uma situação de comunicado de má notícia. O paciente que receberia a notícia foi inspirado numa história semelhante à deles, o paciente havia feito seus quatro ou cinco anos de cursinho para passar na graduação de medicina, na comemoração que passou no vestibular, foi comemorar com os amigos e durante a comemoração sofreu um acidente de carro e ficou tetraplégico. Os estudantes de medicina tinham que entrar no cenário e comunicar esta notícia, para um ator... Com todas as questões e protocolos como o de Spikes. Depois de passar por este cenário, mais de 50% dos estudantes saíram chorando, por não saberem como fazer para lidar com questões delicadas. Pois o objetivo deste cenário é causar impacto.

Professora Elaine Quedas de Assis

RAQUEL: A professora trabalhou com Simulação somente aqui na UNICID?

PROFESSORA: Só aqui.

RAQUEL: Em linhas gerais, como é este trabalho?

PROFESSORA: Na Simulação, a gente simula um caso real. Quando iniciei meu trabalho, era só para as etapas do internato, de 9^a em diante. Simula-se um caso real, como uma parada cardiorrespiratória, o que você quiser, o pancreatite. Os alunos entram, fazem o atendimento. Através do espelho multidirecional, onde você vê o aluno na prática e dá o comando. O que ele quer de exame, de diagnóstico, de conduta... Podemos fazer a voz do paciente. Usamos atores e robôs. Enquanto isso, outros alunos ficam em outra sala, vendo o cenário acontecer em tempo real. Depois todos se reúnem para discutir sobre o atendimento dado, o que poderia ser repensado, ou melhorado naquele atendimento, e os outros alunos, assistem e vão anotando. No fim fazemos um fechamento deste debriefing, sobre a discussão que “os alunos fazem sobre o atendimento. Isto é segurança para o paciente. Porque eles vão treinar ali e antes de irem para campo. Não substituí o aprendizado com o paciente, mas...

RAQUEL: Os primeiros procedimentos são feitos assim?

PROFESSORA: Sim, procedimentos, a sistematização dos protocolos, como, por exemplo, o atendimento a uma parada cardiorrespiratória, o protocolo fica sistematizado antes..... no paciente.

RAQUEL: A formação da professora.

Entrevista com a professora Elaine Quedas Assis

É dando um tempo para eles lerem a questão do exame, que está escrito na porta [que dá acesso ao cenário] e na mesa [dentro do cenário]. Se o aluno lê a questão, e aconteça de esquecer... Tem na mesa para ele ler. Ele tem um tempo para realizar o exame. Passado o tempo, mesmo que tenha terminado, ele precisa esperar, pois o tempo é igual para todos. Na Simulação, eles precisam seguir o *checklist*. Durante a cena, vamos avaliando. Eles são orientados para isso. Conforme vão tendo as aulas práticas, nós professores vamos orientando sobre os procedimentos. Por exemplo, nesta cena que está acontecendo... A estudante não forrou a maca. A maca precisa ser forrada. Outro protocolo é a localização da percussão, tem que pedir para o paciente abrir a calça, ela não pediu. São detalhes que às vezes o ator no processo de ensino/aprendizagem nos repassa. Neste caso, quando é feito a avaliação pelo ator. Hoje, quem avalia somos nós, os professores das disciplinas. No processo, durante o semestre, quem avalia é o ator, que recebe informações do que deve ser feito. Hoje, no OSCE, não podemos dizer mais nada, os estudantes de medicina precisam nos mostrar o que sabem fazer. Percebemos que, em alguns casos, eles

esquecem o que fizeram. Ficam nervosos, pois é prova. Mas neste caso não podem falar que estão nervosos, porque já passaram por estas situações e treinaram antes com atores. O OSCE é uma sigla internacional [sigla], este procedimento tem um padrão a ser seguido, é realizado em várias faculdades de medicina, dentro deste padrão. No exame de hoje, caso o aluno conteste a avaliação, os professores tem os *cheklist*, com as devidas anotações. Visitei uma universidade na Holanda, onde todo o processo do OSCE é filmado.

APÊNDICE C

ENTREVISTA COM ATOR DE SIMULAÇÃO

RAQUEL: Como é ser profissional e viver de teatro?

PAULO: Ser profissional de teatro, que vou falar a respeito? Fiz isto minha vida inteira... (risos) Eu vivo de arte, sou poeta, vivi de poesia muito tempo, faço teatro profissionalmente desde 1992. Nunca foi fácil, não é uma profissão que me desse grandes lucros... Mas a gente apaixonou, não tem jeito! Comecei a trabalhar também com televisão, com cinema, (...) esta coisa toda (...) me apaixonei de uma vez. Adoro interpretar, gosto disto, não penso em dirigir, não penso em fazer nada disto, gosto de atuar, gosto de estar em cena, (...) pra mim é isto, é uma paixão, e a gente corre atrás, não é uma vida fácil, mas é divertida. Gosto de uma frase do Hélio Barbosa, que fala que a gente ganha pouco, mas a gente ganha pouco...

Raquel: Como ator, você deve ter entrado em contato com diversas técnicas. Na Simulação, qual foi a técnica que você usou para compor personagens?

PAULO: Então (...) é bem isto, são várias técnicas (...) trabalhei muito com teatro de rua, trabalhei algum tempo com Comédia Dell' Arte, (...) fiz ago de circo também. Toda esta agilidade, de você pegar o público que você tem na hora, acontece de ser às vezes um médico, às vezes dois médicos, em casos específicos e esta é sua plateia. As técnicas que adquiri, em todo o período, trabalhando com rua, conhecendo as pessoas, vendo como funciona a reação das pessoas, para tentar mexer com elas. Eu sei que são médicos, e sei que os médicos são treinados para serem mais frios; não podem se envolver tanto emocionalmente, senão é contraproducente, por outro lado, eles têm que ser humano, tem que lembrar que está falando com pessoas que têm problemas, que não estão ali porque querem, que às vezes estão com problemas muito graves, ou com parentes com problemas muito graves e isto tem que ser levado em conta também (...) As minhas técnicas, quando fui pensar no que fazer, com relação a isto, a minha busca foi pelo caminho de mexer no coração destes caras (...) Minha intenção foi fazer com que eles sintam a emoção da coisa (risos).

Raquel: Você trabalhou numa das provas mais importante do país, que foi a REVALIDA, organizado pelo MEC. Você pode contar um pouco desta experiência, do ator dentro do cenário? Sei que não poderá falar dos roteiros, tenho ciência, que é questão de sigilo, mas a ação em si? Como foi? Um ator dentro de uma prova que é tão importante para o país?

PAULO: O que me preocupava, com relação ao que eu estava fazendo, é que eu tinha que passar por paciente, então, automaticamente algum tipo de problema eu tinha, eu queria saber: quais eram os sintomas destes problemas. Eu perguntava sempre, para os médicos [mediadores da simulação antes de começar], sobre o que o problema causa na pessoa. Queria saber sobre a intensidade da dor, investigava, para saber como atuar no cenário, pois tínhamos que contracenar sem entregar nada para pessoa, mas que possa ajudá-lo a dar diagnóstico. Foi então que percebi que médico não é adivinho, o paciente também tem que saber explicar o que tem.

Então me preocupava com isto. Saber explicar o problema de saúde e o que aquilo me causava. Tendo isso em vista, tentei ser o mais natural possível e acreditava que estava realmente com aquele problema.

RAQUEL: Tem certos casos que acontecem no cenário que o médico sai do roteiro. Na avaliação REVALIDA, o ator tem consciência das ações que precisam acontecer e o precisamos seguir um roteiro. Quando um médico sai do roteiro, o que um ator tem que fazer?

PAULO: Aconteceram coisas engraçadas, que não vou citar por que não vêm ao caso, mas na primeira vez eu fiquei sem saber o que fazer. Não sabia se cortava ou não, mas a médica que estava aplicando a prova e assistindo o aluno fazer a prova falou para o aluno que não tinha a ver com o caso. Caso a pessoa pedisse para abaixar as calças, eu respondia: faça de conta que a calça foi abaixada... Ou considere que já abaixei a calça... Então é isso, quando acontece algo assim, falamos: "considere que já foi feito e pronto". Às vezes na hora da prova não tem a ferramenta correta, para ser usada na hora. Neste caso o próprio médico precisa improvisar. Teve um cenário que o médico falou que precisava de uma agulha, e foi dito que não tinha, então vamos improvisar, faça de conta que a agulha está aqui e pronto.

RAQUEL: Gostaria que falasse sobre o cenário de Comunicação de Más Notícias. Como foi o trabalho neste cenário, dentro da graduação de medicina da UFPR? Especificamente sobre os roteiros, pois percebemos que são bem parecidos com o REVALIDA, principalmente na questão do sigilo da prova.

PAULO: É bem isto. Recebi o roteiro, cinco ou dez minutos antes de começar, o texto não é o problema em si, o problema era a má notícia e bem ruim. No cenário fiquei chocado. [Durante o tempo de preparação de personagem] fiquei pensando... Meu Deus... Como vou receber esta notícia? Pois eu tinha que convencer os médicos de que realmente a notícia que eles estão me dando é real. Neste cenário, tive que chorar. Consegui chorar quase todas as vezes e consegui fazer. Achei bacana o exercício... Senti que alguns alunos acabaram sendo frios, com relação a como dar esta notícia... Conversamos um pouco depois da cena... Como [já mencionei...] eu sei, que eles têm o lado médico deles, que precisam ser um pouco mais frios, que não podem se envolver emocionalmente com o paciente, pois acaba atrapalhando o trabalho deles, pois com emoção ninguém faz direito o que tem pra fazer talvez. Mas também tem que ver o lado humano... Não pode ser só frio, não pode só pensar no seu lado pessoal... Tem que pensar também, que está dando uma má notícia para uma pessoa, um ser humano; ele não está ali porque quer, ele está com problemas... Então isto tem que levar em conta. Achei [este cenário] muito legal, muito interessante. Adorei. Achei que toca nas pessoas de uma forma, que elas não esperam.

RAQUEL: Sobre os perfis de personagens interpretados em Cenários de Simulação?

PAULO: Basicamente o perfil que eu fiz, tinha muito a ver comigo, homem, branco, próximo aos 50 anos e magro. Não sei se foi sorte [ou me chamaram por encaixar no perfil].

RAQUEL: Mas sobre o contexto do personagem, sobre se ele tinha ou não família? Foi uma criação sua?

PAULO: Não diz... Só fala sobre o perfil físico e o que tinha a ver com as provas em si. A questão da família, principalmente no que se referia às más notícias, eu criei nos cinco a dez minutos, para [ler] elaborar o texto e pensar no que iria fazer. Pois eles dão, o que na Comédia Dell'Arte chamamos de *Canovaccio*.. Eles dão um roteiro muito simples, neste caso com o problema que você tem e você espera que os médicos já te dá esta notícia e você tem que reagir a ela de alguma forma. O como fazer isto é uma busca do ator. Eu tentei me colocar no lugar, tentei levar a sério mesmo, [pensando] se me dessem uma notícia desta...Eu iria desmontar, quebraria minhas pernas, ficaria desesperado e foi o que eu tentei fazer (risos).

RAQUEL: Como se deu sua profissionalização de ator?

PAULO: Foi muito legal, pois eu tinha uns treze anos e eu estava na rua XV, tinha um fliperama.

RAQUEL: Você é de Curitiba?

PAULO: Sou de Curitiba, estava no fliperama, coisa de moleque... E passou um amigo meu e falou: "Olha! Tem um diretor de teatro que está fazendo teste para uma peça no Guaíra". Eu respondi que nunca havia feito teatro. [na época ele] não estava exigindo experiência... Fui correndo. Comecei a ensaiar.

RAQUEL: Quem era o diretor?

PAULO: Era o Lineu Portela. Já é falecido... Estava fazendo uma peça profissional que se chamava *A Rua das Flores não é mais aquela*... Era uma galera em cena, uns quarenta atores mais ou menos, mas aí eu acabei não indo até o final, saí do grupo, pouco antes da montagem... Se bem que eu fazia uma participação muito pequena... Minha participação não pesava no orçamento da peça não...Mas então eu me apaixonei. Já era apaixonado, tinha assistido algumas peças, queria ser ator e tal. Não desisti mais. [Participei] Fui me metendo em um monte de grupos amadores, profissionais... Fui tentando a sorte. Me perguntavam se sabia fazer... Eu sempre dizia... "É claro que eu sei". Queimei muito filme... Fiz muita besteira. Acabei [Acabou] que nunca fiz um curso de teatro, fui aprendendo na prática. Aí, depois de fazer muita burrada, muita besteira, muita coisa ruim (risos), fui aprendendo. Em 1992, entrei para um grupo, chamado Lua Nova, que era um grupo de teatro experimental e é a partir daí que conto minha carreira como profissional. Porque ali vi como funcionava o teatro. A gente como grupo, que também era grande, tinha umas trinta e poucas pessoas, a gente fazia tudo, cenário, sonoplastia, maquiagens, figurinos, construir instrumentos, enfim, fazia tudo... Saía [para] vender o espetáculo, divulgar na rua, colar cartaz e de lá pra cá eu não parei nunca mais, ou estava fazendo teatro, ou estava fazendo e vendendo poesia pelo Brasil. Rodei o Brasil. Aqui em Curitiba, pouquíssima gente sabia que eu era ator. Até me chamarem para *A Guerra do Contestado*, em 2012, que passou na RPC, então o povo descobriu que eu era ator, e não paravam mais de me chamar. Agora tenho feito muito cinema, bastante, estou fazendo muito cinema... Estou encantado, estou apaixonado. [O diretor de cinema] Beto Carminati disse que as câmeras me amam, então é um relacionamento bilateral (risos).

RAQUEL- Dos cinco últimos trabalhos, quais destacaria? Sei que todos os trabalhos para o ator é importante, mas se for elencar cinco trabalhos importantes na sua vida...

PAULO- Os cinco trabalhos são: A Guerra do Contestado, porque sou apaixonado por aquele trabalho. É um personagem que eu adorei fazer... O Elias. E acabou abrindo um monte de portas pra mim, na área do audiovisual. Então é um que eu marcaria. O outro foi uma peça que eu fiz em 1992, com o Mistério dos Quatro Quadrados, com direção do Laércio Ortega, o texto de Paulo Afonso de Castro, que era uma mistura de linguagens, Stalislávski, Brecht e Comédia Dell'Arte e Circo. Foi uma peça onde aprendi muita coisa. Onde aprendi o que era ser profissional. Depois tem O Lugar do Sol, peça que fiz com Surian Baroni, com texto e direção dele, que a gente fez um trabalho que foi muito bonito, com muito pouco dinheiro, com muita inteligência, muita criatividade e muito trabalho. O Surian me avisou que estava escrevendo uma peça pra mim... Eu achei ótimo... E pediu para eu fazer malabares... Eu pedi que chamasse outro ator, pois sou desengonçado (risos). Sou até hoje... Mas um pouco menos... O diretor me perguntou: "Você não é ator?" Eu respondi: "Sou". E ele falou: "Então foda-se, cara! Vá aprender a fazer malabares". E fizemos, fiz o treinamento. A gente saía correndo em círculos fazendo malabares, ficou lindo. Então todo este conhecimento corporal que eu adquiri para esta peça, mais esta luta toda para deixar a coisa em pé... É outro trabalho que me encanta. E pra encerrar, assim... Todos são importantes.. Mas acho que um curta que eu fiz, [onde] que ganhei meu primeiro prêmio de melhor ator (risos) que foi O Além do Violeta... Fiz há uns dois anos atrás. Muito legal, adorei fazer. Achei um barato que o roteirista pegou algumas dicas de histórias que ouviu das pessoas e colocou um escritor, contanto estas histórias... E uma das história era a minha história. Então tive a oportunidade de fazer um personagem que estava contando a minha história pessoal (risos).

RAQUEL- Que bom, é um ator premiado, no cinema...

APÊNDICE D

Entrevistas com a coordenadora, o instrutor e atriz do Departamento de Teatro da PUC

O coordenador apresenta a atriz como uma das alunas que mais participam das Simulações, com o professor Romaneli.

INTRUTOR: Tanto em contexto de aulas, como de prova. Nas provas, as Simulações são bem curtas, de 5 a 4 minutos para cumprir o atendimento, e esta Simulação vai ser repetida pela atriz mais de vinte vezes. Quando era só eu, no início de tudo, eu chegava a repetir 45 vezes a mesma Simulação, uma atrás da outra, pois era só um ator. A turma era dividida em duas partes, a cada semana trabalhava com uma parte da turma, depois trocava. O instrutor de Simulação é quase como um professor teatral de interpretação e improvisação, pois os atores precisam ser orientados sobre as emoções e comportamento que precisam ter dentro do cenário. O coordenador do centro de Simulação da PUC me confessou que o corpo do Laboratório é bonito, mas que a alma é do teatro. Que se não tiver o ator aqui dentro, este lugar não serve pra nada. Nosso trabalho é referendado. O professor Romaneli já falou que não se pode pensar o centro de Simulação sem o trabalho em parceria com a coordenação do Teatro. Uma vez passamos por uma situação, alguém quis acabar com o trabalho que desenvolvemos no Laboratório, mas os próprios alunos e outros professores de medicina se rebelaram... Hoje, se tem clareza, que só os bonecos de alta complexidade, só com as próteses e computadores, com os manequins que pode cortar, costurar... Não é a mesma coisa. Pois a ideia do contato médico, a relação médico-paciente, tem que ter um paciente, tem que ter uma pessoa que fale, que viva, e que não seja uma pessoa que tenha a mentalidade de uma pessoa que estuda medicina.

Coordenadora do Teatro – Professora Silvia Monteiro: Se a questão é humanização... Essa é a grande questão, o doutor Hamilton sempre nos diz: “Gente, a grande questão é a humanização”. E se é o resgate da humanização... É com a gente mesmo.

Professor de Teatro – É uma coisa muito complicada para eles, porque, querendo ou não, o estudante de medicina fica na defensiva. Então, se por acaso eles errarem, eles têm os argumentos técnicos do porquê erraram. Existiu uma situação, durante um simpósio de um encontro internacional do Centro de Simulação da PUC, onde fomos apresentar. Eu representei o professor Romanelli. Minha fala foi sobre a humanização do atendimento, e um dos médicos, que era professor e coordenador de uma instituição de renome, rebateu dizendo que tinha consciência que não atendia porcos, pois não somos veterinários, então para ele a questão da humanização era uma palavra meio caída. Após ouvir o professor, expus a realidade de um corredor de um dos hospitais, de um Hospital Universitário do curso de medicina, encontramos vários professores como o senhor... Não estamos colocando

em questão a qualidade de ensino de vocês, mas vemos profissionais que tratam pessoas como uma doença, como um tronco, uma perna... Ou estou enganado? Eu mesmo já presenciei alunos que acabaram de se formar conosco... dizendo: "Lembra da cefaleia 63?" Pensei: "O que é isso?"

Coordenadora de Teatro: Cefaleia 63... Não seria uma senhora? Com uma história de vida? Com filhos? Com dores? Com traumas?

Instrutor: Humanização não é só uma palavra. Depois da minha fala, outros profissionais vieram me falar para tomar cuidado, pois o professor era de altas esferas da medicina.... Mas, querendo ou não, a gente que é de teatro não consegue aceitar uma loucura dessa... Como a cefaleia 63.

Coordenadora de Teatro: A gente escuta esta abobrinha e chega metendo o pé.

Instrutor: Como ouvir que uma pessoa é a cefaleia 63 e ficar imune a isso?

Instrutor: Hoje iremos fazer uma Simulação de Gerenciamento de Crise. O hospital Marcelino Champanhath nos chamou para fazer alguns casos, que é do grupo Marista, assim como é a PUC.

RAQUEL: Qual seria a função do Instrutor de Simulação?

INSTRUTOR: O instrutor de Simulação vai além de um professor de teatro. Durante as aulas de improvisação e ensaios, precisamos instruir o ator dentro deste outro universo, que não é nosso, é da saúde. Precisa ser instruído desde o comportamento dentro do espaço da saúde, antes, durante e depois do trabalho de intérprete realizado no cenário. Hoje em dia, por uma necessidade dos alunos de medicina, eles pedem, quase imploram, uma maior proximidade nossa. Para que a gente fique mais próximo deles. E, na medida do possível, a gente permite isso e o aprendizado deles fica até mesmo mais apurado. Tem a questão de fazer o que gosta. Eles nos mandam abraços para as atrizes e atores que interpretaram personagens, expressam sentimentos de saudade. É uma proximidade que criamos, como parceiros, como colegas de turma.

SILVIA MONTEIRO: E isso é legal, pois posso citar o exemplo do professor Cícero, que tem 8 horas semanais, pagos pelo departamento de medicina, embora seja professor de teatro.

RAQUEL: Você é do Departamento de Medicina ou do Departamento de Teatro?

INSTRUTOR: Sou do Departamento do Teatro

RAQUEL: Mas é do Teatro e é a Medicina que paga o professor?

SILVIA MONTEIRO: A Medicina para as estas horas...

INSTRUTOR: Você entendeu? Até porque os interessados para isso continuar acontecendo e os maiores afetados são os professores e estudantes de medicina.

SILVIA MONTEIRO: Este é o princípio da coisa. Nós de teatro estamos sendo contratados pela medicina para prestar serviço. Esta é a questão. E é um mercado de trabalho que se abre, agora, digo assim, que é um plano de carreira... Porque eles começam durante o curso, ganhando nossa moeda, que são atividades complementares, pois precisam cumprir as horas complementares. Então eles começam a ganhar horas complementares, como, por exemplo: tem o PIBIC e tem bolsita do PIBIC, que como ele já começou e resolveu fazer uma pesquisa, acaba ganhando uma bolsa para fazer o projeto de extensão em Simulação. Tem os que estão mais avançados que viram estagiários, então a gente valida como estágio. As experiências começam nas horas complementares, depois passa a ter a coisa do projeto. A grande coisa é que de fato é um mercado que se abre e já tem, em alguns lugares, grupos de teatro contratados para trabalhar com Simulação Clínica. E a gente está sendo convocado bravamente para preparar um curso de extensão, ou de Pós, para preparação para Simulação Clínica. É um mercado de trabalho que se abre, que é bem especializado, que é muito interessante, que vai lidar com muita tecnologia, com coisas... Nossa... A gente tem contato com coisas de filme de ficção científica ... Vai usar recursos... Esse é o lado lúdico também, que às vezes a gente não fala, o tanto de maquiagem, de próteses, de coisas que usamos, que no teatro nem tem. Você tem a chance de brincar com umas coisas, muito, muito legais. A gente aprende junto e está treinando este outro lado, que às vezes, o cinema até usa mais e a gente está usando ao vivo, coisas que seriam do cinema, e a gente faz na Simulação. É muito legal, mas o objetivo é profissionalizar. A gente está numa fase de aprendizagem, mas já desenvolvendo... Não é à toa que está saindo o PIBIC... Temos todos os registros e feedbacks, e também é importante sua pesquisa para falar sobre isso. Pois a gente está com um supermercado de trabalho e de pesquisa enorme se abrindo, e que a gente tem que se apropriar dele mesmo. E eles mesmos nos deram este aval. Pois eles falaram: "Professora, a gente fazia Simulação, sempre fazíamos tipos de Simulação no curso de Medicina, mas era um aluno fazendo pro outro. E o salto que dá quando você pega atores... Que são pessoas treinadas para fazer isso... Mudou a nossa vida. Porque o fato de alunos de medicina simularem para alunos de Medicina... Eles não tinham credibilidade, eles começavam a rir, não eram efetivos, não tinham as ferramentas, então as vezes a Simulação não funcionava, e a gente não sabia se era a Simulação que não funcionava, ou ela não funcionava porque não estava sendo bem feita". E então eles descobriram, sim, que quando ela não funciona é porque não está sendo bem feita. Então vamos fazer bem feito. E ... pra fazer bem feito, vamos fazer com quem sabe, e aí entra a gente, como uma parte importante nesta história. Os professores envolvidos são todos pagos, pelo curso de medicina. Que é mais interessante ainda... E isso é bom... A partilha do pagamento. E eles querem agora... O Luã está se preparando bem pra isto, já... O curso de medicina ter professores de teatro,

contratados para o corpo do curso de medicina. O próximo passo será isso. Eles estão investindo no mestrado do Luã.

RAQUEL: Você fará mestrado em medicina ou em teatro?

LUÃ: Farei dentro do contexto da bioética.

APÊNDICE E

Roteiro de OSCE da Universidade Federal do Paraná

Contendo: Roteiro para a (o) estudante de medicina, Chek List para o (a) professor (a) avaliador (a) e orientação para a atriz.

QUESTÃO OSCE – MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA – PROF. NICOLE TEMPERLY UFPR

ESTAÇÃO:

Você será o **médico de família e comunidade** que atenderá Marinês na Unidade de Saúde Cajuru. Ela tem 55 anos, é professora da rede municipal, e mora com o filho de 20 anos.

A paciente tem queixa de dor de cabeça, e tem dúvidas e preocupações a respeito.

O seu objetivo nessa estação será:

- 1) **Realizar uma anamnese** utilizando os princípios do método clínico centrado na pessoa.

Não é necessário prosseguir com o exame físico e conduta.

Você terá 4 **minutos** na estação.

Na sala estarão a paciente e o observador.

Cheklis – HABILIDADES EM MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Nome do Aluno: _____

Competência Apresentada	Não 0	+/- 0,5	Sim 1
Cumprimenta a paciente			
Identifica-se (nome)			
Inicia a consulta com uma pergunta aberta			
Não interrompe a paciente nessa primeira pergunta			
Explora a queixa (dados da cefaléia)			

Preocupa-se com o aspecto físico e emocional da paciente			
Explora o contexto de vida da paciente			
Demonstra linguagem não-verbal apropriada (tom de voz, postura, olha nos olhos, não gagueja...)			
Demonstra empatia (reconhece o sofrimento, oferece suporte)			
Tranquiliza a paciente com relação à cefaleia			

Nota final: _____

Observações:

ORIENTAÇÕES PARA A ATRIZ

ESTAÇÃO MCCP

Você é Marinês, uma senhora, professora do ensino municipal de Curitiba, divorciada, que mora com o filho de 20 anos, Lucas. Decide consultar por que está com dor de cabeça muito forte, e começa a consulta falando sobre isso. Tem medo de que a dor seja algo a mais.

A dor é do lado esquerdo da cabeça, latejante, piora com a luz e com o barulho (todos esses detalhes devem ser dados a medida que forem perguntados). A duração é de várias horas e ocorre principalmente no final de semana. Piora quando você está estressada. Se perguntar sobre outras alterações, como perda de força, incapacidade, acorda devido à dor ou outros, responder que não.

Demonstrar-se sofrida, com face cansada, sem chorar (Isabel pode ter olheiras e estar um pouco despenteada).

Se o aluno perguntar o que a Marinês acha que está acontecendo, pode falar: “não sei, estou com medo de ter algo grave, já tenho tantos problemas, só falta aparecer mais um...”.

Se o médico perguntar sobre as questões pessoais, explorar o contexto abaixo:

Tem muitas preocupações, pois sustenta a casa sozinha, o trabalho é cansativo, e precisa cuidar da casa. Recentemente, notou que Lucas está com comportamento diferente, agressivo, chegando tarde em casa nos finais de semana, e andando com más companhias. Percebeu que o filho mexeu na sua carteira, e desconfia que ele esteja usando drogas. Lucas não trabalha e desistiu de tentar vestibular.

Transparecer mais confiança à medida que essa abordagem for sendo realizada. E finalizar, se o momento for adequado, relacionando a dor de cabeça com os problemas relatados (insight): “pensando bem, acho que essa dor de cabeça só pode ser por causa de todo esse stress mesmo...”.

Referências bibliográficas para a estação:

STEWART, Judith Belle Brown; WESTON, W. Wayne, MCWHINNWY, Carol L. FREMAN, Thomas R. **Medicina Centrada na Pessoa-Transformando o Método Clínico** 3ª Edição Editora Artmed, 2017

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013 – CAPÍTULO 8

GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade** – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012 – CAPÍTULO 13