



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Cristóvão Gomes de Oliveira, Maridite; Ayer de Oliveira, Reinaldo; Fantini Nogueira-Martins, Maria Cezira

A experiência do comitê de bioética de um hospital público

Revista Bioética, vol. 25, núm. 2, 2017, pp. 338-347

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361552153015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A experiência do comitê de bioética de um hospital público

Maridite Cristóvão Gomes de Oliveira ¹, Reinaldo Ayer de Oliveira ², Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins ³

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar e sistematizar a experiência do comitê de bioética do Hospital Geral de São Mateus, hospital público estadual de São Paulo. Foi adotada metodologia qualitativa de pesquisa, com estratégia de estudo de caso. Duas técnicas de pesquisa foram utilizadas: análise documental e questionário com perguntas abertas aplicado aos participantes do comitê de bioética. Por meio da análise do material obtido foram constituídas quatro categorias: histórico e evolução do comitê; motivação para participar dele; casos marcantes ali discutidos; sugestões para aperfeiçoamento do comitê. Verificou-se que, além de discutir e deliberar, o comitê de bioética desenvolveu também papel educativo em relação aos profissionais e equipes envolvidos. Esse papel foi expandido para a instituição como um todo, por meio de simpósios com temas ligados à bioética. O estudo revela a importância de estimular a criação de instâncias desse tipo nas instituições de saúde do Brasil.

Palavras-chave: Bioética. Hospitais gerais. Hospitais públicos. Comitês de ética clínica.

Resumen

La experiencia del Comité de Bioética de un hospital público

El objetivo de este estudio fue analizar y sistematizar la experiencia del Comité de Bioética del Hospital Geral de São Mateus (Hospital General de San Mateo), hospital público del estado de São Paulo, Brasil. Se adoptó la metodología de investigación cualitativa, con la estrategia de estudio de caso. Se utilizaron dos técnicas de investigación: análisis de documentos y cuestionarios con preguntas abiertas aplicadas a los participantes del Comité de Bioética. A través del análisis del material obtenido se constituyeron cuatro categorías: historia y evolución del Comité; motivación para participar de éste; casos importantes discutidos en el Comité de Bioética; sugerencias para la mejora del mismo. Se encontró que, además de discutir y decidir, el Comité de Bioética también ha desempeñado un papel educativo en relación a los profesionales y a los equipos involucrados. Esta función también se amplió a la institución en su conjunto por medio de simposios sobre temas relacionados con la bioética. El estudio pone de manifiesto la importancia de estimular la creación de tales organismos en las instituciones de salud en Brasil.

Palabras clave: Bioética. Hospitales generales. Hospitales públicos. Comitês de ética clínica.

Abstract

The experience of the Bioethics Committee from a public hospital

The objective of this study was to analyze and systematize the experience of the bioethics committee from the Hospital Geral de São Mateus (General Hospital of São Mateus), which is a public hospital in the State of São Paulo, Brazil. We adopted the qualitative research method, with the case study strategy. Two research techniques were applied: record analysis and an open ended questionnaire answered by the bioethics committee participants. Four categories were established after analyzing the material: history and evolution of the bioethics committee; motivation to participate in the bioethics committee; memorable cases discussed by the committee; suggestions for the improvement of the bioethics committee. It was noted that besides discussing and deliberating, the bioethics committee also developed an educational role for the involved professionals and teams. This role was also expanded to the institution as a whole, by means of symposia with topics related to bioethics. This study reveals the importance of stimulating the creations of such forums in Brazilian healthcare institutions.

Keywords: Bioethics. Hospitals, general. Hospitals, public. Ethics committees, clinical.

Aprovação CEP-Plataforma Brasil 1.032.991

1. **Mestre** maridite@uol.com.br – Hospital Geral de São Mateus, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo/SP 2. **Doutor** rayer@usp.br – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP 3. **Doutora** mariacezira@gmail.com – Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência

Maridite Cristóvão Gomes de Oliveira – Rua das Perobas, 244, Bairro do Eldorado CEP 09973-340. Diadema/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Comitês de bioética (CB) são espaços independentes sediados em hospitais, clínicas, institutos de pesquisa ou laboratórios, nos quais profissionais de diferentes áreas do conhecimento se reúnem para discutir e trabalhar diversos aspectos dos setores de atividades relacionados à vida e à saúde das pessoas¹. Seu objetivo principal é refletir sobre diferentes questões envolvidas nos conflitos éticos que se apresentam na prática clínica da instituição de saúde, pois a análise dessas situações pode ultrapassar os códigos deontológicos das profissões². Para Gracia³, o CB é órgão de deliberação e consenso; portanto, não se trata de informar a outros as próprias ideias, nem de convencê-los ou modificar suas crenças e valores.

As atribuições do CB podem ser de caráter consultivo, normativo e educativo⁴. São elas: 1) assessorar, como órgão consultivo, profissionais de saúde, pacientes e/ou seus representantes legais e a direção da instituição em conflitos de natureza moral, ou servir de ajuda e/ou esclarecer situações que demandem decisões difíceis do ponto de vista moral; 2) redigir e submeter à apreciação da direção da instituição diretrizes e normas a respeito da proteção às pessoas (pacientes, profissionais e membros da comunidade); 3) exercer função educativa em relação à comunidade interna e externa sobre a dimensão moral do exercício das profissões de saúde⁵.

O CB deve ter composição multidisciplinar, com membros que tenham sensibilidade e interesse por questões éticas, capacidade de dialogar e disposição para fazê-lo, disponibilidade para refletir e estudar comportamentos humanos, sendo espaço plural e dialógico^{6,7}. Participantes dos CB podem ser profissionais de saúde e de outras áreas – como teologia, direito e filosofia –, além de representantes dos usuários e da comunidade⁷.

No Brasil, ainda há pouca tradição na constituição dessas estruturas nas unidades de saúde. As primeiras comissões de bioética foram implantadas a partir dos anos 1990, merecendo destaque as experiências dos seguintes hospitais: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Hospital das Clínicas de São Paulo (Universidade de São Paulo), Hospital São Lucas (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul) e Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro⁷. Recentemente, o Conselho Federal de Medicina editou a Recomendação CFM 8/2015, que versa sobre a criação e o funcionamento dos comitês de bioética e a participação dos médicos neles⁸.

Quanto aos hospitais públicos estaduais de São Paulo, o Hospital Geral de São Mateus (HGSM),

até a época deste estudo, era o único que mantinha comitê de bioética em funcionamento. A história do hospital é peculiar, por ter sido fruto de grande mobilização popular entre o final dos anos 1970 e a década de 1980, conhecida como Movimento de Saúde de São Mateus, parte do Movimento de Saúde da Zona Leste da cidade^{9,10}. Essa região sofria das carências de serviços públicos comuns às áreas geograficamente distantes do centro político, administrativo, econômico e social da capital.

O movimento foi iniciado por moradores que se mobilizaram a partir das Comunidades Eclesiais de Base, associações de moradores, sociedades de amigos de bairro e do movimento sindical. Eram, na maioria, metalúrgicos da capital ou do ABCD paulista, região que faz fronteira com o bairro São Mateus, onde grande parte dos trabalhadores residia. Uma das principais bandeiras do Movimento era a construção de um hospital geral com maternidade e pronto-socorro que pudesse atender a toda a região, à época com cerca de 200 mil habitantes, cuja referência hospitalar mais próxima ficava no bairro do Tatuapé.

Na década de 1980, o movimento conquistou rede de unidades de saúde e o tão almejado hospital público, inaugurado em março de 1991, a princípio com pronto-socorro e alguns leitos para internação. Ao longo do tempo foram sendo organizadas clínicas e serviços, e hoje é hospital geral, com atendimento de urgência e emergência, clínica médica, cirurgia geral, pediatria, maternidade e clínica especializada em queimaduras. Tem em sua estrutura quatro unidades de terapia intensiva (UTI): neonatal, pediatria, adulto e atendimento a queimados.

Em 2003 houve a terceira renovação da diretoria do hospital, observada e acompanhada de perto pela comunidade, que cobrava mais participação e melhorias na dinâmica hospitalar, especialmente quanto às relações humanas dentro do hospital. Foi nesse contexto que, em outubro de 2003, foi lançado o Programa de Humanização e o manifesto *Humanizar é preciso*, que apontava o caminho a ser percorrido para que ocorressem mudanças nas relações interpessoais e institucionais¹¹.

A partir desse início, é realizado a cada ano um Encontro de Humanização. Nesses encontros, a bioética é tema recorrente a partir dos problemas que afloravam das relações entre pacientes e profissionais ou da relação entre os próprios profissionais, pois muitas vezes esses conflitos iam além da abrangência das comissões de ética de cada profissão. Leitura de textos e participação em congressos e palestras com profissionais da área foram delineando a forma de se introduzir as reflexões do campo no

âmbito hospitalar. O Encontro de Humanização de 2007 foi totalmente dedicado à bioética.

Reuniões ampliadas da diretoria definiram os passos para a constituição de uma comissão de bioética que, para não ser confundida com as comissões já existentes, foi denominada “comitê de bioética”. Em 2008, o CB do HGSM iniciou suas atividades. Passados alguns anos, torna-se necessário estudar o caminho percorrido pelo comitê, para que a experiência possa ser analisada e sistematizada de forma que contribua para aperfeiçoar o próprio comitê e divulgar a experiência.

Método

Delineamento do estudo

Foi adotada a abordagem qualitativa de pesquisa, utilizando a estratégia de estudo de caso qualitativo, que consiste na investigação de unidade específica, empregando múltiplas fontes de dados, no intuito de oferecer uma visão holística do fenômeno estudado^{12,13}.

Foram utilizadas duas técnicas: análise documental e questionário. Os documentos escritos são manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo, gerando informações que contribuem para compreender os fatos e as relações e ações desse grupo. Para este estudo, a análise documental abrangeu atas do comitê, assim como seu regimento interno. Para complementar as informações foi utilizada outra fonte: o questionário.

O questionário desenvolvido para este projeto trazia perguntas abertas, dando liberdade de resposta aos participantes e a utilização de sua própria linguagem¹⁴. Esse tipo de técnica foi escolhido para garantir o anonimato dos participantes, de forma que, sem a presença do pesquisador, pudessem escrever livremente suas opiniões e considerações. As perguntas abertas abordaram os seguintes tópicos: participação no comitê; discussão de temas teóricos; condução do CB nos casos apresentados; função educativa do CB; aprimoramento do comitê.

Foram convidados a responder o questionário os membros do comitê de bioética do HGSM que mantêm algum vínculo com o hospital, tanto da atual composição como de composições anteriores, totalizando 35 participantes. Trata-se, portanto, de amostra intencional, composta pelos indivíduos mais adequados quanto à possibilidade de fornecer informações úteis para a pesquisa¹⁵.

O questionário foi entregue aos participantes para que o respondessem, sem identificar-se, utilizando computador e impressora. Cada participante usou o computador para escrever e imprimir suas respostas, facilitando a leitura pelos pesquisadores e assegurando o anonimato. As respostas foram entregues em envelope fornecido com o questionário, que deveria ser fechado e colocado em urna apropriada.

O tempo necessário para responder o questionário foi estimado entre 20 e 30 minutos. Após a expiração do prazo de 15 dias para a devolução dos questionários, teve início a análise dos dados. Houve dificuldade em entregar o questionário à profissional que se encontrava em licença médica para gestante. Assim, foram entregues 34 questionários. Os profissionais participaram mediante consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução CNS 466/2012¹⁶.

Análise dos dados

O material obtido por meio da análise documental e dos questionários foi dividido em partes, posteriormente relacionadas entre si, procurando identificar tendências e padrões relevantes¹⁷, que não obedeceram a referencial teórico definido *a priori*. Portanto, optou-se por focalização aberta¹⁸, para que as categorias surgissem do próprio material, sendo que algumas delas sofreram influência dos roteiros utilizados na pesquisa.

Resultados

Os questionários foram respondidos por 21 profissionais, e contemplavam áreas da medicina (6), psicologia (5), enfermagem (3), odontologia (1), serviço social (1) e direito (1). Também foram respondidos por padres (2), pastor (1) e auxiliar de enfermagem (1). O número de gestões das quais os respondentes participaram foi: uma gestão (6); duas gestões (6), três gestões (3), quatro gestões (6).

A análise dos documentos e dos questionários levou a quatro categorias temáticas relacionadas ao comitê: histórico e evolução; motivação para participar; casos marcantes discutidos no comitê; sugestões para aperfeiçoamento.

Histórico e evolução

Em 2008, após divulgação na instituição e estabelecimento de prazo para inscrições, foi formada a primeira equipe, denominada “comitê fundador”, com mandato de um ano (de julho de 2008 a

julho de 2009) e responsável por organizar o funcionamento do comitê. Foram definidos regimento interno, cronograma e funcionamento das reuniões. Destacam-se os seguintes atributos assumidos: multidisciplinariedade; caráter renovável; participação voluntária; e espaço não normativo, mas de auxílio à avaliação da complexidade gerada pelas demandas.

Seus objetivos específicos foram assim definidos: assessorar, como órgão consultivo, qualquer profissional do HGSM que referisse problemas e conflitos éticos no exercício da sua profissão; educar continuamente a comunidade de profissionais, clientes e familiares em questões bioéticas; elaborar recomendações à administração do HGSM, quando fosse necessário.

As composições seguintes tiveram dois anos de mandato e caráter multidisciplinar, com profissionais da instituição e membros convidados. A última composição analisada neste estudo iniciou em 2013, com mandato até agosto de 2015. Foi formada por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, dentista, advogada, auxiliar de enfermagem, representante da Associação Brasil Soka Gakkai Internacional, representante da Iniciativa Religiões Unidas e representante da Igreja Batista de São Mateus. Cada gestão inicia seu trabalho com discussão do regimento interno e da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*¹⁹.

As reuniões do comitê foram realizadas mensalmente, com presença mínima de 1/3 dos componentes e duração média de duas horas e meia. Houve 75 reuniões ordinárias, com média de 14 participantes. Reuniões extraordinárias foram realizadas em caso de eventos ou discussão urgente de casos.

Nesses sete anos de existência, diversos temas foram discutidos pelo comitê, a partir de artigos e palestras com convidados. Esses temas envolviam bioética e direitos humanos; autonomia do paciente; bioética e saúde pública; consentimento informado, livre e esclarecido; bioética principialista; bioética das virtudes; e bioética do cotidiano. Além disso, discutiu-se a autonomia do paciente psiquiátrico; anencefalia; aborto; situação social de morador de rua; cuidados paliativos; métodos de deliberação de situações apresentadas ao comitê, e diretivas antecipadas de vontade.

Em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), foram realizados dois simpósios voltados para toda a instituição, com os temas “Autonomia do paciente e o cotidiano hospitalar”, em 2010, e “Abordagem da violência na visão da ética do cuidado e do sigilo”,

em 2012. Também em 2012, foram realizadas palestras de sensibilização sobre diversidade sexual, visando aprimorar o atendimento conforme a legislação vigente e a ética dos direitos humanos.

O CB esteve presente no oitavo, nono e décimo congressos brasileiros de bioética, que aconteceram, respectivamente, em 2009 (Búzios/RJ), 2011 (Brasília/DF) e 2013 (Florianópolis/SC), com apresentação de trabalhos²⁰⁻²³ que relatavam conquistas e avanços do comitê naqueles períodos.

Motivação para participar

Os respondentes citaram ampla gama de motivos que os levaram a participar do comitê. Alguns se referiram a interesses ligados a valores de vida e a aspectos filosóficos, como debate sobre valores humanos, busca pelo bom senso e pela defesa da vida, busca por novos horizontes:

“Aprofundar o conhecimento das questões sensíveis relacionadas ao ser humano, tendo em vista uma tomada de posição em situações críticas e limitrofes” (S11);

“Busca pela integração de conhecimentos entre as áreas: biomédica, moral, religiosa, filosófica e jurídica” (S4).

As respostas aos questionários revelaram também interesse pelo aperfeiçoamento profissional e/ou institucional:

“[Desejo de] repensar rotinas consolidadas entre os profissionais, refletir sobre assuntos polêmicos vinculados ao ambiente hospitalar” (S2);

“Desejo de transformar o hospital em instituição de referência para atendimento de qualidade e humanização” (S20).

Outro tipo de incentivo foi o bom relacionamento com a direção do hospital, que motivou o aceite de convites recebidos para participar do comitê:

“Pelo bom entrosamento e diálogo com a diretoria do hospital” (S5);

“O empenho da diretoria do hospital com relação ao CB me motivou” (S21).

Atividades anteriores realizadas por alguns respondentes também motivaram o interesse em participar:

“Por estar dentro de um território onde atuo pastoralmente e por entender que é uma ação da Igreja se empenhar nos espaços públicos desta cidade” (S5);

“Como estava engajada na Comissão de Humanização, o encontro da Bioética era uma porta a mais para aprender e responder aos meus questionamentos” (S10).

As palestras realizadas no hospital antes de 2008 foram apontadas como motivação de alguns participantes:

“Após palestra proferida no anfiteatro do hospital, fiquei encantada com os temas da bioética” (S15);

“As palestras realizadas no hospital me abriram a mente para muitos assuntos novos e, por isso, quis participar do comitê” (S17).

No geral, as respostas aos questionários revelam razões de caráter altruísta e benevolente relacionadas à instituição e ao comitê.

Casos marcantes discutidos pelo comitê

Entre os vários casos discutidos pelo comitê, alguns merecem destaque por terem sido citados pelos profissionais nas respostas ao questionário:

• Caso A

A família de paciente com câncer de intestino revoltou-se com a forma como a notícia de que “nada havia a ser feito” quanto ao quadro do paciente foi dada pelo cirurgião responsável pelo caso. Os familiares alegaram que o médico fez a comunicação de forma rápida e sem nenhum cuidado. No CB, aprofundou-se a discussão sobre a formação de profissionais médicos e sobre a necessidade de atuação das equipes multiprofissionais para contribuir em situações semelhantes. Membros do CB fizeram acompanhamento transversal com o médico, o paciente e a família.

• Caso B

Mulheres grávidas usuárias de drogas ilícitas foram objeto de discussão em diversas reuniões, a partir de situações específicas relatadas pela médica responsável pela unidade de neonatologia. Verificou-se que, em algumas situações, a atuação da equipe teve resultados positivos, com acolhimento

da gestante/mãe e apoio da família, busca por tratamento e desintoxicação e manutenção do vínculo com a criança e os cuidados por ela requeridos. Em outros, não logrou êxito: o bebê foi abandonado pela mãe e pela família, tendo seu abrigo sido determinado judicialmente.

No CB, foi elucidada para a equipe a importância de sua atuação, mas, também, a complexidade legal que envolvia essas situações. Foi elaborado protocolo de ação para esses casos, com acionamento do Conselho Tutelar e Juizado da Infância, além de outras instâncias, como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e Centro de Referência de Assistência Social (Cras), quando necessário.

• Caso C

Gestante de 33 anos, diagnosticada com retardo mental leve, abrigada em instituição de freiras, entrou em trabalho de parto no hospital. As freiras não queriam que a mãe tivesse contato com seu bebê e diziam que este deveria ser entregue imediatamente a elas. A gestante manifestava desejo de ficar com o bebê. As equipes da maternidade e da neonatologia atuaram no sentido de proteger a criança. O CB discutiu e acompanhou o caso, tendo lidado com aspectos legais e emocionais, além de ter se empenhado na busca dos familiares da paciente. Ao final, a mãe ficou com seu bebê e pôde reencontrar sua família de origem, que os acolheu.

• Caso D

Paciente adulto, renal crônico, internado na UTI, não aceitava terapia dialítica indicada, preferindo seguir o caminho natural da doença. Essa posição provocou conflito na equipe assistencial, no sentido de acatar a decisão do paciente ou realizar a prescrição do especialista. O caso foi acompanhado diretamente pelo CB, a partir da solicitação da equipe da UTI. Foi criada comissão com membros do CB, que conversaram com a família (no caso, constituída pelos filhos do paciente), tendo chegado à conclusão de que a vontade do paciente deveria ser respeitada. Essa decisão foi apresentada à equipe médica e ao nefrologista que atendia o paciente.

• Caso E

A partir de conflito entre dois profissionais (médico e assistente social) de uma unidade de internação sobre atitudes a serem tomadas no atendimento de pacientes travestis, a situação foi levada ao CB para reflexão. Não houve atuação direta no conflito que havia ocorrido; porém, a partir das discussões realizadas em mais de uma reunião, foi identificado despreparo da equipe multiprofissional para atendimentos que envolviam diversidade

sexual. Foram realizadas palestras sobre o tema, tendo sido elaborada recomendação à diretoria do hospital com esclarecimentos legais e éticos sobre o assunto, no sentido de embasar protocolo no qual prevaleciam a autonomia do paciente e o seu direito de usar sua identidade social.

Sugestões para aperfeiçoamento

Várias sugestões foram dadas pelos respondentes para aperfeiçoar as atividades: divulgação do comitê na instituição, ampliação das ações ligadas à bioética e aprofundamento de temas já discutidos.

Para a divulgação do comitê dentro da instituição os entrevistados sugeriram várias medidas: realização de painel periódico na intranet com temas sobre bioética; publicação na intranet de textos escritos pelos próprios membros do comitê, que possam ser comentados pelos funcionários do hospital; divulgação da atividade do comitê em revistas científicas; e distribuição das atas de reunião e também de textos por *e-mail* institucional.

Foram sugeridas como medidas para ampliação das atividades ligadas à bioética no hospital: criação de biblioteca específica de bioética; estímulo aos funcionários para especialização ou extensão universitária em bioética; promoção de encontros com outras comissões, como comissão de ética médica, de ética de enfermagem, de óbito, e de cuidados paliativos; presença do CB nas clínicas, local de trabalho das equipes profissionais; continuidade de simpósios abertos para toda a instituição; realização de busca ativa para avaliar como têm sido conduzidos os casos conflituosos na instituição, fornecendo elementos para discussão e atuação do comitê.

O aprofundamento de vários temas já discutidos, por sua complexidade e por necessidade de sanar dúvidas, também foi sugerido. Os temas citados foram: autonomia do paciente → *“os profissionais muitas vezes se sentem donos do doente”* (S2); autonomia no que se refere à alta a pedido → *“direitos e riscos para o paciente; a família pode tomar essa decisão?”* (S3); confidencialidade → *“ainda não respeitada por muitos profissionais”* (S8); diretivas antecipadas da vontade → *“é um assunto muito recente; ainda tenho muitas dúvidas”* (S10); e métodos de deliberação sobre casos apresentados ao comitê → *“precisamos estudar mais o método de Diego Gracia”* (S20).

Além desses, temas igualmente mencionados foram: usuários de drogas → *“é uma situação que vem crescendo muito e que deixa os profissionais*

perplexos” (S21); bioética e religiões → *“assunto complexo para todos nós”* (S5); problemas de saúde pública no Brasil → *“para ampliação de nosso conhecimento e para podermos lidar melhor com a região onde se insere o hospital”* (S11); tentativas de suicídio atendidas na emergência do hospital → *“são muitos casos e envolvem situações complexas”* (S6); possibilidade de falta de vaga no pronto-socorro ou na UTI → *“muitas vezes a demanda é muito alta, como agir em caso de falta de vaga?”* (S14); questões ligadas à diversidade sexual → *“são pacientes que deixam a gente sem saber como agir”* (S8); cuidados com as equipes de saúde → *“as equipes ficam desgastadas, principalmente em casos de luto”* (S9).

Discussão

O histórico do CB do HGSM reflete percurso iniciado e construído a partir das necessidades e do crescimento das preocupações institucionais com a qualidade do atendimento prestado. A diversidade dos membros do comitê e a renovação desses integrantes a cada gestão indicam a ideia de o CB não se transformar em grupo fechado, desconectado da realidade do dia a dia. A formação diversificada de membros do hospital e a presença de participantes externos à instituição conferem riqueza e permitem aperfeiçoar a reflexão e a crítica, vindas de diferentes campos do saber (profissões da saúde, religiões, direito). O incentivo e apoio da diretoria do hospital favorece o desenvolvimento do CB.

O perfil do CB é voltado à educação na instituição, realizando iniciativas de caráter amplo dentro do hospital, como simpósios sobre bioética, e também ações específicas com profissionais e equipes, quando há demanda e/ou necessidade. Esse perfil está de acordo com o recomendado por Loch e Gauer¹, que consideram muito importante o papel educativo do CB.

O relato dos casos marcantes discutidos e os temas elencados como sugestões de aperfeiçoamento do CB revelam a pertinência e a importância da sua existência em um hospital. Isso porque muitas situações complexas e problemáticas requerem instância que possa acolher as dúvidas e as angústias que surgem no âmbito assistencial.

A necessidade de intensificar a divulgação do CB no âmbito hospitalar foi citada pelos participantes da pesquisa, o que coincide com os achados de Kawamura e colaboradores², que referem essa

mesma demanda em estudo sobre êxitos e dificuldades do funcionamento do CB de um hospital universitário.

Embora o método de Gracia³ já seja utilizado na prática do CB, os participantes consideraram que o conhecimento sobre esse método necessita aprofundamento. O autor³ recomenda que a deliberação tenha por base análise pormenorizada das circunstâncias e das consequências que caracterizam dada situação, e também a identificação das possibilidades de ação, seguidas da escolha da que parecer melhor.

Para o autor³, a deliberação é compatível com a pluralidade de soluções, que devem surgir de diálogo, raciocínio prático, emoções, valores e crenças. Portanto, a decisão a ser tomada é a decisão prudente, vinda de processo criativo de conhecimento (e não da mera aplicação de princípios universais a situações particulares). Nos casos marcantes lembrados pelos participantes da pesquisa, o CB seguiu essa orientação.

De acordo com as respostas aos questionários, observa-se que o comitê tem seguido a diretriz de auxiliar e não julgar os profissionais envolvidos nas demandas, conforme preconizam Loch e Gauer¹. Além disso, esses autores alertam que se, nas discussões de casos, os integrantes do comitê forem pouco acolhedores ou mesmo prepotentes, a confiança e a busca de auxílio futuro será prejudicada.

A importância da relação profissional-paciente foi citada, especialmente no Caso A, que trata da queixa da família do paciente sobre a forma de comunicação do cirurgião. Melnik e Goldim²⁴, em estudo sobre consultorias a CB hospitalares, ressaltam que as comunicações de diagnósticos são motivo frequente para queixas de pacientes e/ou familiares. Situações delicadas, como o são a maioria daquelas relacionadas a doença e hospitalização, requerem preparo do profissional para compreender as possíveis reações de pacientes e familiares às suas comunicações. Marques Filho e Hossne²⁵ pontuam que a relação profissional/paciente sempre foi, e será fundamental para atividades assistenciais.

No entanto, sabe-se que, nessas situações, além do sofrimento do paciente e/ou da família, há também o sofrimento psíquico inerente à tarefa de cuidar, o que pode levar profissionais a mecanismos negativos de adaptação, como embotamento emocional, frieza, distanciamento, ironia e irritabilidade²⁶. Ao amparar e permitir o compartilhamento das angústias, dúvidas e conflitos provenientes da tarefa assistencial, o CB exerce importante papel.

Na perspectiva do cuidado voltado a profissionais, os participantes da pesquisa sugerem que o comitê também seja instância que possa refletir sobre o tema e sugerir propostas, levando em conta, especialmente, aqueles que vivem frequentemente situações ligadas ao final da vida.

A questão relacionada a usuários de drogas foi citada como problema sério que tem surgido frequentemente no hospital, tendo sido exemplificada com o Caso B. O Ministério da Saúde (MS)²⁷ considera o tema questão de saúde pública e afirma seu compromisso de enfrentar problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, possibilitando o desenvolvimento de política menos centrada no controle e repressão. O MS considera a presença de drogas nas sociedades contemporâneas como fenômeno complexo, e busca inaugurar práticas destinadas a superar concepções moralistas, ainda muito presentes no Brasil no que se refere à abordagem das questões relativas ao consumo de álcool e outras drogas²⁸. Porém, apesar desse avanço no campo das políticas públicas, o problema persiste, assumindo grandes proporções, o que exige de todos, inclusive do HGSM, reflexões e soluções criativas, para as quais o CB é o *locus* apropriado.

O Caso C demonstra que o CB trabalha com abordagem que leva em conta a voz da pessoa – grávida institucionalizada, com leve rebaixamento intelectual – que faz parte das populações vulneráveis ou, adotando expressão de Schramm²⁹, das populações vulneradas. Ou seja, aquelas que não conseguem enfrentar sua condição existencial vulnerável com meios próprios ou com aqueles habitualmente oferecidos pelas instituições. O CB foi proativo ao impedir que prevalecesse a decisão das freiras da instituição (de separar a mãe de seu bebê) e ao buscar a família da parturiente, assumindo, portanto, estratégia de proteção. Essa forma de atuação está de acordo com Kipper⁵, que considera que, no desenvolvimento e aperfeiçoamento dos CB, a função de proteção e defesa dos vulnerados deve ser exercitada.

O Caso D leva à reflexão sobre o princípio da autonomia do paciente, segundo o qual não cabe ao profissional de saúde decidir pelo paciente sem consultá-lo sobre questões que o envolvem diretamente³⁰. É preciso ressaltar que defender o princípio da autonomia do paciente não significa defender a autodeterminação pura e simples, o que representaria simples inversão na relação de hegemonia que se tem hoje. Significa, sim, defender o fortalecimento das relações entre pacientes, familiares e profissionais de saúde, reconhecendo que os sujeitos devem

ter espaço e voz no processo, respeitando as diferenças entre eles em relação a valores, expectativas, demandas e objetivos, sempre tomando como base que o sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente^{30,31}. Trata-se, assim, de tema que, no âmbito do CB, leva ao aprimoramento das atitudes dos profissionais a partir de discussões originadas em casos concretos, textos ou palestras.

Aspecto relevante observado na pesquisa diz respeito aos grupos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT), como no Caso E, e às sugestões de temas para aperfeiçoar o CB. O Ministério da Saúde, em 2013, apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que fixa diretrizes e normas para o atendimento integral a esses grupos³². Uma das orientações relaciona-se à sensibilização de profissionais a respeito dos direitos de LGBTT. Embora já exista esse indicativo do Ministério, sabe-se que é muito lenta a mudança de atitude em relação a temas passíveis de preconceito³³. Assim, a polêmica que pode se apresentar em reuniões de um CB é ótima oportunidade para se ventilar o assunto, conhecer e/ou rever a citada política e criar formas de atendimento adequadas.

A questão do suicídio foi citada como tema importante a ser contemplado no CB. Vale aqui ressaltar que o suicídio é considerado problema relevante de saúde pública em todo o mundo. Vidal e Gontijo³⁴ apontam a importância da qualidade da assistência em casos de tentativa de suicídio, já que a maioria é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de uma tentativa fatal de suicídio. Para os autores, esse primeiro contato é excelente oportunidade para que profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco, o que possibilita ações interventivas para reduzi-lo.

Porém, é justamente nesse contato que podem ocorrer reações negativas, como hostilidade e rejeição por parte dos profissionais, que podem sentir que seu tempo está sendo desperdiçado, pois poderiam estar se dedicando a pacientes mais graves e que, de fato, querem viver. Essa interpretação tende a diminuir a tolerância em relação ao paciente e aumenta a possibilidade de não receber o cuidado adequado. O papel do CB, tanto em discussões internas como em atividades educativas voltadas a outros setores da instituição, bem como no acompanhamento de tentativas de suicídio, é fundamental para transmitir valores, percepções e sentimentos em relação a esses casos, o que auxilia a qualidade da atenção oferecida.

Quanto à falta de vagas no pronto-socorro e UTI, citada como possível tema a ser aprofundado por um dos respondentes, Fortes, Zoboli e Spinetti³⁵, ao estudarem literatura especializada em bioética a respeito de seleção de pessoas candidatas a escassos recursos de saúde, encontraram diversos critérios: objetividade científica, triagem, lista de espera, critérios sociais e randomização. Os autores informam que a maior parte dos critérios encontrados se fundamenta no princípio da utilidade social.

Alguns dos aspectos destacados foram a cooperação do paciente com os profissionais; idade; sexo; força de trabalho potencialmente afetada e recuperada; potencial e expectativa de vida; qualidade ajustada de anos de vida, e ambiente de apoio para seguimento de tratamento. Os autores lembram ainda que, para o apoio necessário, podem também ser consideradas condições sociais e econômicas, mérito social, responsabilidade social e estilo de vida. A leitura de textos e discussões no CB podem fornecer elementos de referência para enfrentar situações desse tipo.

Quanto às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), as respostas aos questionários revelam ser tema instigante e atual, porém polêmico e repleto de incertezas. Assim, sugere-se que deva ser discutido amplamente nas reuniões do comitê. O conceito das DAV surgiu como resposta ao avanço tecnológico e ao tratamento médico agressivo, empregado em situações ambíguas, chamados muitas vezes de obstinação terapêutica³⁶. A partir da Resolução CFM 1.995/2012³⁷, opiniões a favor e contra foram veiculadas por médicos e outros profissionais nos meios de comunicação.

A Resolução estabelece critérios para que qualquer pessoa possa definir com seu médico quais os limites terapêuticos na fase terminal – desde que seja maior de idade e esteja plenamente consciente. As DAV são consideradas forma de proteger a autonomia e respeitar valores e escolhas do paciente^{36,38}. Porém, deve-se levar em conta que pessoas competentes podem nem sempre estar aptas a tomar decisões sobre seu futuro, pois podem se basear em construção imaginária sobre como ele seria³⁸. Assim, levando em conta as ponderações desses autores, as respostas aos questionários mostram posição equilibrada quanto ao tema, levando em conta o avanço que as DAV representam, mas, também, os riscos a elas associados.

A realidade vivida na região em que se encontra o hospital levou alguns respondentes a sugerirem mais estudos sobre saúde pública, no sentido de detalhar as necessidades da população local. Essa

sugestão está de acordo com o que pontua Troster³⁹, quando considera desejável que membros de comitês tenham conhecimento do sistema de saúde e das políticas de saúde. Porto e Garrafa⁴⁰, ao refletirem sobre a relação da bioética brasileira com a saúde pública, consideram que tem havido sintonia nesse campo. Isso é verificado desde 2005, quando bioeticistas e sanitaristas nacionais tiveram importante papel na formulação da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* da Unesco¹⁹. Em seu artigo 14, a declaração trata de responsabilidade social e saúde ao inserir a saúde pública nos referenciais da bioética, reforçando os direitos fundamentais do ser humano, entre os quais o de ter acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Considerações finais

Em consonância com outros relatos a respeito da experiência de comitês de bioética citados neste

estudo, o percurso seguido pelo CB do HGSM revela a importância de se estimular a criação de instâncias desse tipo nas instituições de saúde do Brasil. Essas instâncias devem se concentrar na análise tanto das situações complexas advindas do progresso científico na área como das situações do dia a dia da assistência em saúde.

Alguns princípios básicos para o funcionamento dos comitês de bioética são destacados a partir desta pesquisa: diversidade profissional dos membros; presença de participantes externos; caráter educativo; auxílio na avaliação da complexidade gerada pelas demandas; postura acolhedora e não punitiva; realização de leituras e discussões de temas ligados à prática assistencial.

Recomenda-se a divulgação de relatos da experiência de outros CB, buscando aprimorar esse importante recurso institucional, que contribui sobremaneira para o aperfeiçoamento dos profissionais, do hospital e da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Este artigo é derivado da dissertação da primeira autora no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, ministrado no Instituto de Saúde daquela Secretaria.

Referências

1. Loch JA, Gauer GJC. Comitês de bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. *Revista da AMRIGS*. 2010;54(1):100-4.
2. Kawamura K, Vicensi MC, Nodari RJ, Schlemper Jr BR, Bonamigo EL. Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2012;20(1):140-9.
3. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. In: Gracia D, Júdez J, coordenadores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 21-32.
4. Ribeiro AM. Implantando um comitê hospitalar de bioética. *Rev Saúde Criança Adolesc*. 2010;2(1):32-5.
5. Kipper DJ. Comitês de bioética institucionais: existe a necessidade de uma nova agenda? *Revista da AMRIGS*. 2013;57(1):78-81.
6. Kipper DJ, Lock JA, Gauer GJC. Comitês institucionais de bioética. In: Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ, coordenadores. *Bioética clínica*. São Paulo: Gaia; 2008. p. 197-207.
7. Marinho S, Costa A, Palácios M, Rego S. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014;22(1):105-15.
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Recomendação nº 8, de 12 de março de 2015. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos comitês de bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2015.
9. Nader CAP. Participação e gestão pública: a experiência dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2001.
10. Silva M. Escritos guardados: sobre a experiência de participação e luta social do Movimento de Saúde da Zona Leste [dissertação]. São Paulo: Unifesp; 2014.
11. Hospital Geral de São Mateus. Humanização no HGSM. [Internet]. [s.d.]. [acesso 13 abr 2017]. Disponível: <http://www.hgsaomateus.com.br/humaniza.html>
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
13. Alves-Mazzotti AJ. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cad Pesqui*. 2006;36(129):637-51.
14. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2002. p. 201.
15. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Newbury Park: Sage Publications; 2002.
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013. Seção 1.

17. Ludke M, André MED. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 2ª ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 2013.
18. Alves-Mazzotti AJ. O método nas ciências sociais. In: Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F, organizadores. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira; 1998. p. 109-87.
19. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. [Internet]. Genebra: Unesco; 2005 [acesso 14 fev 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1TRJFa9>
20. Oliveira MCG, Santana LMC, Mitsugui CS, Pinto EA, Nishiwaki SY, Santos LS. Autonomia x instituição: relação de conflito ou de limites? [Internet]. Rev Bras Bioética. 2013 [acesso 13 abr 2017];9(Suppl):61. Disponível: <http://bit.ly/2p0xQtT>
21. Oliveira MCG, Nunes CF, Santos ED, Silveira KF, Silva RJ, Gioia M *et al.* Implantação do comitê de bioética no Hospital Geral de São Mateus: a experiência de um hospital público da cidade de São Paulo. In: Anais do VIII Congresso Brasileiro de Bioética. Búzios: SBB; 2009.
22. Mitsugui CS, Oliveira MCG, Sayeg K, Cruz MM, Teixeira GP, Muller W *et al.* Comitê de bioética no Hospital Geral de São Mateus: relato de caso sob a perspectiva da bioética do cotidiano. In: Anais do IX Congresso Brasileiro de Bioética. Brasília: CFM; 2011.
23. Oliveira MCG, Muller W, Ferraz DMMC, Barroco MFC, Pinto EO, Serdeira A. O papel de um comitê de bioética em um hospital geral na abordagem de gênero e diversidade sexual. Rev Bras Bioética. 2013;9(Suppl):251.
24. Melnik CS, Goldim JR. Perfil das consultorias de bioética clínica envolvendo famílias que dificultaram a resolução de problemas. Rev. bioét. (Impr.). 2013;21(1):113-8.
25. Marques Filho J, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. Rev. bioét. (Impr.). 2015;23(2):304-10.
26. Macedo PCM, Nogueira-Martins MCF, Nogueira-Martins LA. Técnicas de intervenção psicológica para humanização nas equipes de saúde: grupos Balint e grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial. In: Knobel D, Andreoli PBA, Erlichman MR, coordenadores. Psicologia e humanização. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 325-41.
27. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
28. Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. Hist Cienc Saúde Manguinhos. 2007;14(3):801-21.
29. Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Rev. Bioética. 2008;16(1):11-23.
30. Bittencourt ALP, Quintana AM, Velho MTAC, Goldim JR, Wottrich LAF, Cherer EQ. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? Psicol Estud. 2013;18(1):93-101.
31. Soares JCRS, Camargo Jr KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2007;11(21):65-78.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
33. Santos AR, Santos RMM, Souza ML, Boery RNSO, Sena ELS, Yari SD. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBT. Rev. bioét. (Impr.). 2015;23(2):400-8.
34. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cad Saúde Colet. 2013;21(2):108-14.
35. Fortes PAC, Zoboli ELCP, Spinetti SR. Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência. Rev Saúde Pública. 2001;35(5):451-5.
36. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. bioét. (Impr.). 2014;22(1):94-104.
37. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012. Seção I.
38. Nunes MI, Anjos MF. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. Rev. bioét. (Impr.). 2014;22(2):241-51.
39. Troster EJ. Comitês de bioética. Rev Assoc Med Bras. 2000;46(4):296-7.
40. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(Suppl 1):719-29.

Participação dos autores

Maridite Cristóvão Gomes de Oliveira foi responsável pela concepção do estudo, coleta de dados e elaboração do artigo. Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins orientou o projeto. Reinaldo Ayer de Oliveira foi responsável pela revisão crítica do artigo.

