

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

ADÉLIA MARIA DOS SANTOS REBELATO

**DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE COMITÊ DE BIOÉTICA
HOSPITALAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DA LITERATURA**

CURITIBA

2020

ADÉLIA MARIA DOS SANTOS REBELATO

**DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE COMITÊ DE BIOÉTICA
HOSPITALAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DA LITERATURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Linha de pesquisa: Bioética Clínica e Humanização, da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientadora: Prof^o. Dr. Thiago Rocha da Cunha

CURITIBA

2020

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9 /1636

R289d
2020 Rebelato, Adélia Maria dos Santos
Desafios para implementação de comitê de bioética hospitalar : uma análise a partir da literatura / Adélia Maria dos Santos Rebelato ; orientador, Thiago Rocha da Cunha. -- 2020
68, [1] f. ; il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2020.
Inclui bibliografias

1. Bioética. 2. Deliberações. 3. Hospitais. 4. Comissões de ética. 5. Ética institucional. I. Cunha, Thiago Rocha da. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 19/2019
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

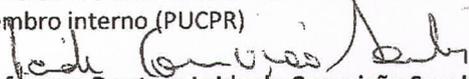
Em sessão pública às catorze horas do dia trinta de agosto do ano de dois mil e dezenove, na Sala 2 do Mestrado, 2º andar, bloco verde, da Escola Ciências da Vida, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação **"COMITÊ DE BIOÉTICA HOSPITALAR: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO A PARTIR DE UMA PESQUISA-AÇÃO"** apresentada pela aluna **Adélia Maria dos Santos Rebelato** sob orientação do **Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

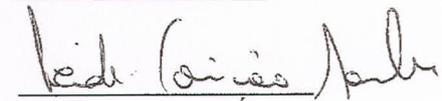
Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha
Presidente



Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli
Membro interno (PUCPR)




Professora Doutora Leide da Conceição Sanches
Membro externo (FPP)

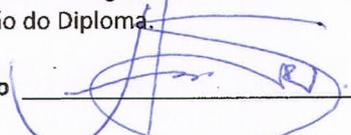


Início: 14:00h Término 16:00

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado aprovado (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: **Adélia Maria dos Santos Rebelato**



Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedico este trabalho, ao meu esposo por ter permanecido ao meu lado, me incentivando a percorrer este caminho, por compartilhar angústias e dúvidas e estender sua mão amiga em momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Ao escrever este agradecimento, sinto-me radiante, pois não foi fácil chegar até aqui, tampouco tranquilo, foi um longo caminho percorrido. “A sola do pé conhece toda a sujeira da estrada” (provérbio africano). Quero agradecer a todos aqueles que sempre confiaram em mim, desde sempre.

A DEUS, que me permitiu realizar um dos meus maiores sonhos, me tornar “Mestre”.

Aos meus pais, que me ensinaram que o bem mais precioso na vida é ter honestidade, humildade e, principalmente, educação. Obrigada, mãe! Obrigada, pai! Ao meu esposo, que me acompanhou em todos os momentos, me incentivou e fez de tudo para o meu fardo tornar-se mais leve.

À minha família e aos meus verdadeiros amigos, obrigada pela compreensão das minhas faltas e ausências.

Ao Dr. Roberto Frederico Koch e Dr. Ricardo Akira Yaedu, que me permitiram vivenciar essa experiência, acreditando no meu potencial.

As minhas colegas de trabalho, Magda, Suelen e Desire, que me incentivaram e me apoiaram, pelas vezes que me sentia desmotivada na caminhada.

A minha prima Paula, que me ajudou muito e me ensinou muito também. Muito obrigada!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha, que teve toda paciência comigo, me respeitando e incentivando a concluir este sonho.

A Prof^a. Caroline Filla Rosaneli, que tornou mais que professora, tornou-se uma grande amiga.

Ao Prof. José Eduardo Siqueira, do qual tenho muita admiração e, com sua serenidade, me permitiu alcançar esse título.

As minhas colegas de caminhada deste mestrado, Fernanda, Aline, Marta e Shirley, meu muito obrigada pelo apoio e incentivo. Vencemos!

E, por fim, não tão menos importante, ao meu filho Felipe, que mesmo nas dificuldades que enfrentamos, ele foi a razão pela qual não me fez desistir.

Com vocês, divido a alegria desta vitória.

“Quando não souberes para onde ir, olha para trás e sabe pelo menos de onde vens” (Provérbio africano).

“A sola do pé conhece toda a sujeira da estrada” (Provérbio africano).

RESUMO

Os Comitês de Bioética (CB) são extensões independentes em hospitais, clínicas, institutos de pesquisa ou laboratórios, nos quais profissionais de diferentes áreas do conhecimento se reúnem para debater e lidar com diversos aspectos éticos dos setores de atividades relacionados à vida e à saúde das pessoas. Seu objetivo principal é refletir, analisar questões com conflitos éticos que se apresentam na prática clínica da instituição de saúde, seguido que, a análise dessas situações pode transpor os códigos deontológicos das profissões. O objetivo do presente estudo foi propor, a partir de uma pesquisa-ação, um Comitê de Bioética Hospitalar (CBH) em um hospital do Estado do Paraná (Brasil). A metodologia foi embasada nas fundamentações teóricas da bioética, nas recomendações para instalação de um Comitê de Bioética Hospitalar (CBH) pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e no documento “Guia Para Criação de Comitês de Bioética” da UNESCO. A pesquisa-ação foi realizada entre novembro de 2018 a julho de 2019 na instituição hospitalar. O hospital é referência em atendimentos especializados, como Neurologia, Oncologia, Vascular, Ortopedia e Traumatologia e Cardiologia. Com oferta de 323 leitos, sendo 68 leitos destinados a Unidade de Terapia Intensiva. De acordo com o cadastro do CNES (Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde), a instituição também é credenciada a vários serviços de saúde, como captação de órgãos e serviços hemodinâmicos. Os principais resultados encontrados foram as dificuldades e enfrentamentos para o conhecimento e implantação de CBH, além de evidenciar a necessidade de trabalhar o conceito de bioética e desenvolver aspectos conceituais básicos hospitalares que também desenvolvem ensino, tornando a ética como essencial para com a relação entre profissionais da saúde, pacientes, familiares e comunidade.

Palavras-chave: comitês consultivos; ética em hospitais; bioética; deliberação

ABSTRACT

Bioethics Committees (CBs) are independent extensions in hospitals, clinics, research institutes or laboratories, where professionals from different fields of knowledge come together to discuss and deal with various ethical aspects of the life and health sectors of women. people. Its main objective is to reflect, analyze issues with ethical conflicts that are presented in the clinical practice of the health institution, followed that, the analysis of these situations can transpose the deontological codes of the professions. The aim of the present study was to propose, based on an action research, a Hospital Bioethics Committee (CBH) in a hospital in the state of Paraná (Brazil). The methodology was based on the theoretical foundations of bioethics, the recommendations for the establishment of a Hospital Bioethics Committee (CBH) by the Federal Council of Medicine (CFM) and the document "Guide for the Creation of Bioethics Committees" from UNESCO. The action research was conducted from November 2018 to July 2019 at the hospital institution. The hospital is a reference in specialized care, such as Neurology, Oncology, Vascular, Orthopedics and Traumatology and Cardiology. Offering 323 beds, of which 68 beds for the Intensive Care Unit. According to the CNES (National Register of Health Establishments) register, the institution is also accredited to various health services, such as organ procurement and hemodynamic services. The main results found were the difficulties and confrontations for the knowledge and implementation of CBH, in addition to highlighting the need to work on the concept of bioethics and to develop basic hospital conceptual aspects that also develop teaching, making ethics as essential to the relationship between professionals. health, patients, family and community.

Keywords: advisory committees; ethics in hospitals; bioethics; deliberation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Passos de implantação de Comitê de Bioética	37
Quadro 2: Passos parciais a serem seguidos após uma reunião do comitê de ética do cuidado.....	38
Quadro 3: Passos de implantação de Comitê de Bioética	48
Quadro 4: Passos parciais a serem seguidos após uma reunião do comitê de ética do cuidado.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASBH	– American Society for Bioethics and Humanities
CB	– Comitês de Bioética
CBH	– Comitê de Bioética Hospitalar
CFM	– Conselho Federal de Medicina
CHB	– Comitês Hospitalares de Bioética
CNES	– Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde
EUA	– Estados Unidos da América
HONPAR	– Hospital Norte Paranaense
NIC	– Núcleo Interno de Comissões
OMS	– Organização Mundial da Saúde
p.	– Página
PUCPR	– Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RH	– Recursos Humanos
UNESCO	– Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 2 – ARTIGO.....	42
CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS	63
ANEXO 1.....	69

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

A atual sociedade tem sede por novas descobertas, tecnologias e informação, onde a todo o momento surgem novas questões e desafios para tomamos um posicionamento, muitas vezes, torna-se fundamental a existência de limites e orientações ético-morais.

A história e o surgimento da Bioética estão ligados à ideia de direitos, paralela ao surgimento do Direito Internacional dos Direitos Humanos e ao final da Segunda Guerra Mundial.

A construção do neologismo “bioética” evidencia, na história do ocidente, principalmente por ocasião do holocausto aos judeus, os mais variados tipos concretos de atrocidades, praticadas contra os seres humanos, em nome do progresso científico e tecnológico que se encontrava desprovido de qualquer fundamentação, compromisso ou respeito pela vida.

A ciência e a tecnologia, ao invés de prestarem um serviço de promoção à saúde, bem-estar e garantia de proteção e cuidado ao ser humano, apresentavam-se como ferramentas abusivas, sem qualquer limite ou controle na exploração das denominadas “pesquisas”.

O discurso encontrou um meio para se manifestar e questionar a legitimidade e benefícios de tais atos, através de um ramo da ética prática, o que resultou em um despertar do pensamento humano denominado “bioética”.

Assim, a Bioética é um campo do conhecimento que emergiu como tentativa de resposta às mudanças e aos desafios surgidos no século XX, na esfera individual, coletiva e ambiental como um todo. Atualmente as definições de Bioética são tantas, quantas são os estudiosos que se dispõem a conceituá-la.

Nos anos 60 e 70, a Bioética passa a ter seu espaço de discussão preservado. Como ciência, a Bioética necessita ser trabalhada sob um aspecto multidisciplinar, por profissionais das mais diversas áreas de conhecimento. A partir do momento que une as áreas das ciências da saúde, ciências sociais, humanas e o Direito dentre outras, adquire uma dimensão social.

Nesse campo de ideias, são colocados em pauta intensos debates públicos e críticas voltadas não só para as problemáticas em torno da ética em pesquisa e os abusos cometidos, mas também, para as questões éticas relacionadas as

ciências da saúde e da vida; o respeito, o cuidado e a proteção a todos os seres vivos.

Desta forma, não tem como dissociarmos o princípio da dignidade humana, a conduta ética em relação à vida, como direito garantido pela Constituição Federal Brasileira de 1998, tampouco desconsiderar que os conceitos de Bioética e de Biodireito estão interligados em um âmbito internacional aos direitos básicos do ser humano. Um dos princípios do Biodireito é o da preservação da espécie humana (PEREIRA; SOUZA, 2015).

A Bioética é entendida como uma “ponte” entre o saber científico e humanístico, isto é, liga, de maneira inovadora, as humanidades (ética - valores humanos) e a biologia (bios), num espaço de diálogo (ZOBOLI, 2010; PESSINI, 2013).

A função humanizadora da Bioética, no campo do trabalho em saúde, se dá porque a “Bioética reflete criticamente sobre o comportamento humano, interpretando, discutindo e problematizando os valores, os princípios e as regras morais, em busca do bom convívio social” (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

Para Kottow (2005):

Bioética é o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos cujos efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos (KOTTOW, 1995, p.53).

Assim como, a estruturação de comitês de bioética clínica e de outras instâncias de análise e deliberação ética, contribuíram para a institucionalização da bioética, na área da saúde, como para sua consolidação acadêmica nas universidades; para criação de comitês de bioética hospitalar, elaboração de boletins informadores, criação de grupos de estudos, ampliando, assim, cada vez mais o seu campo de atuação social.

Podemos dizer que os comitês de bioética clínica ou hospitalar, concebidos no período de 1960 a 1970, tinham por função a análise e deliberação ética referentes ao tratamento de pacientes, inclusive de determinar quando era adequado interromper o tratamento de manutenção artificial da vida, bem como, contribuíram para a institucionalização da bioética e sua consolidação acadêmica (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Novos procedimentos e tratamentos hospitalares devem proporcionar benefícios individuais e coletivos à saúde, legitimando o desenvolvimento e os benefícios científicos das últimas décadas.

Entretanto, nesse processo, verificamos efeitos indesejáveis causando conflitos éticos, que transpassam a dimensão moral conforme algumas condutas, até mesmo, as contidas no Juramento de Hipócrates de Cos (séc. IV a.C.), considerado o “Pai da Medicina” e nos Códigos de Ética profissionais segundo os quais, os profissionais devem se comprometer a fazer o bem ao paciente (SIQUEIRA, 2016).

Considerando essas reflexões, o objetivo do presente estudo foi propor, a partir de uma análise, um Comitê de Bioética Hospitalar (CBH), em uma Instituição hospitalar do Estado do Paraná (Brasil). O hospital é referência em atendimentos especializados, como Neurologia, Oncologia, Vascular, Ortopedia e Traumatologia e Cardiologia. Com oferta de 323 leitos, sendo 68 leitos destinados a Unidade de Terapia Intensiva. De acordo com o cadastro do CNES (Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde), a instituição também é credenciada a vários serviços de saúde, como captação de órgãos e serviços hemodinâmicos.

A metodologia foi embasada nas fundamentações teóricas da Bioética, nas recomendações para instalação de um Comitê de Bioética Hospitalar (CBH) pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e no documento “Guia Para Criação de Comitês de Bioética” da UNESCO. O A análise foi realizada entre novembro de 2018 a julho de 2019 na instituição hospitalar.

O objetivo principal do presente estudo é sensibilizar a comunidade hospitalar sobre a importância de se criar um Comitê de Bioética no contexto hospitalar de uma instituição assistencial à saúde e educacional, como forma de conduta mediante os conflitos éticos.

A pretensão é explorar um constructo teórico a partir do Princípioalismo, como matriz norteadora para demonstrar o desenvolvimento e planejamento do processo de implantação e o funcionamento de um Comitê de Bioética.

O referencial teórico proposto por Beauchamp e Childress (2002) serviu de base para o que se denominou de Princípioalismo, ou seja, a escola bioética baseada no uso dos quatro princípios como modelo explicativo, sendo: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Tais princípios serão abordados com mais detalhes no decorrer desta introdução.

Assim, é possível sustentar a hipótese de que a implantação efetiva e atuante de um CBH, em uma instituição hospitalar, contribui para priorizar a vida e o bem-estar de muitos indivíduos e da coletividade visto que, a partir de decisões pertinentes a casos críticos e complexos, a tomada de decisão e intervenção favorece o prognóstico dos pacientes, evitando-se assim, o conjunto de sofrimento e queda na qualidade de vida de todos os envolvidos, pacientes, familiares e profissionais da saúde, enfim, a sociedade como um todo.

Compreendemos que, o entendimento para com os CBH são estruturas necessárias nas unidades de assistência à saúde, principalmente, nos hospitais, que estão equipados com suporte tecnológico avançado, que assistem pacientes de risco de morte e necessitam de tomada de decisões complexas, com grandes probabilidades de conflitos.

Em decorrência de sua amplitude e da natureza crítica das reflexões, o planejamento de implantação do referido comitê, no âmbito hospitalar, contribui para fomentar uma discussão e reflexão entre os profissionais das diferentes áreas do conhecimento, cidadãos, pesquisadores e equipe diretiva para a tomada de decisões, mudanças de posturas e comprometidos com ações eticamente defensáveis no cotidiano de suas práticas. Além de ter como justificativa, a necessidade de trabalhar o conceito de bioética e desenvolver aspectos conceituais básicos e hospitalares de ensino, tornando a ética como essencial para com a relação entre profissionais da saúde, pacientes, familiares e comunidade.

Para o planejamento foi utilizado, passo a passo, o modelo proposto por Ribeiro (2010), como base para execução do processo. A partir disso, foi realizado um perfil característico da instituição, na qual, pudéssemos avaliar formas de aplicação de ação da pesquisa.

Com a aprovação da Gestão Administrativa da Instituição, iniciamos o ciclo de reuniões, com o objetivo de sensibilizar a comunidade hospitalar e conceituar o que é um Comitê de Bioética Hospitalar e suas funções.

Diante destas ações, foram encontrados desafios e dificuldades peculiares, transpondo a hipótese esperada inicialmente, que seria a forma de conduta mediante os conflitos éticos.

É importante salientar que existe uma carência de estudos advindos do progresso científico relacionado à implantação de Comitês de Bioética a nível nacional. Com a divulgação de relatos da experiência e resultados dessa pesquisa, outras instituições de saúde acabam se beneficiando, sobremaneira, para o aperfeiçoamento dos profissionais do hospital transformando-o em uma instituição de referência da região com qualidade no atendimento prestado aos pacientes e com maior humanização.

O texto dissertativo está organizado em 3 (três) capítulos, sendo: o primeiro a Introdução, com a Fundamentação Teórica.

Na Introdução teórica, abordamos o contexto histórico relacionado ao surgimento da Bioética; o conceito sobre os Comitês de Bioética Hospitalar (CBH), suas funções e atribuições remetidas por vários autores, a Bioética Principlista, a qual demonstra, que seus princípios favorecem as condutas nos conflitos éticos enfrentados em um CBH; expomos a Bioética de Proteção, que acomete seus aspectos morais e resolve conflitos envolvidos na qualidade de vida, conceito este que visa integrar dois aspectos, a responsabilidade moral e o bem-estar do próximo e, por último, evidenciamos a Bioética do Cuidado, na qual o cuidar, torna-se mais que um ato ou um momento de atenção, zelo e desvelo, uma atitude, que possibilita a sensibilidade para com a experiência humana, reconhecendo o outro como pessoa e sujeito. Por último, os impasses de implantação de um comitê.

No segundo capítulo, apresentamos um Artigo, como primeiro estudo realizado para o planejamento e desenvolvimento do processo de implantação do Comitê de Bioética. No terceiro capítulo, as Considerações Finais, referências bibliográficas e apêndices.

A Bioética tem como objetivo facilitar o enfrentamento de questões éticas/bioéticas que surgem na prática médica. Assim, esses conceitos e teorias, não são para impor regras de comportamento, mas para dar subsídios aos profissionais da saúde, aos "projetos de investigação envolvendo seres humanos, como para dar pareceres sobre os problemas éticos em contextos clínicos e para que as pessoas possam refletir e saber como se comportar em relação às diversas situações da vida em que surgem os conflitos éticos" (UNESCO, 2005).

Como apregoa Francisconi, Goldim e Lopes (2002, p. 150):

Cabem as lideranças do comitê estimular seus membros a aperfeiçoar suas formações no campo da bioética clínica através de estudo de material

bibliográfico selecionado que tenha significado dentro da área de atuação e também orientá-los a organizar seus argumentos, menos de maneira intuitiva e mais baseada em fatos, doutrinas e casos paradigmáticos dentro do campo da bioética.

Sem esses conceitos básicos, dificilmente alguém consegue enfrentar um dilema, um conflito, e se posicionar diante dele de maneira ética.

O homem, desde os seus primórdios, buscou interferir na natureza e dominá-la em ações que foram crescendo e transformando o seu meio e a si próprio. A história da Bioética pode ser descrita a partir de uma série de eventos ocorridos nos últimos 100 anos.

No entanto, não houve um único marco que tenha determinado seu surgimento, mas uma gama de fatos que levaram os seres humanos à reflexão sobre as questões da vida, através de um olhar ético, fundamentais para caracterizar esse campo do conhecimento como um fenômeno social e biotecnológico.

Inicialmente, na primeira metade do século XX, as tensões nas pesquisas científicas, envolvendo seres humanos, despertaram a necessidade de regulamentações éticas para que as investigações e de reflexões sobre as questões morais pudessem avançar.

Hoje, com o advento do avanço técnico-científico, a espécie humana se vê diante de novas possibilidades, antes, desconhecidas. É nesse cenário, que as ciências biológicas se inserem, aguçando conflitos, dúvidas e discussões com o propósito de ultrapassar a cultura técnico-científica.

Até meados do século XX, não havia parâmetros éticos internacionais estabelecidos para a realização de pesquisas não terapêuticas em seres humanos como, por exemplo, as atrocidades que aconteceram na Alemanha, sob a denominação de “pesquisa”.

Podemos dizer que foi na Prússia, em 1900, que os primeiros critérios éticos, neste campo, foram definidos, fazendo com que o consentimento dos participantes fosse um requisito obrigatório para a realização das mesmas (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Durante a Segunda Guerra Mundial, os nazistas realizaram pesquisas abusivas com judeus, ciganos, prisioneiros e, com outros grupos mais vulneráveis dos campos de concentração. Em 9 de dezembro de 1946, o Tribunal de

Nuremberg, julgou vinte e três pessoas, dos quais vinte eram médicos, consideradas, então, como criminosas de guerra pelos brutais experimentos realizados em seres humanos. Sete acusados foram condenados à morte.

Em 19 de agosto de 1947, foi lançado um documento, considerado o marco na história da humanidade, conhecido como Código de Nuremberg. Este documento tornou-se o primeiro conjunto internacional de princípios éticos norteadores da pesquisa com seres humanos. (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

O surgimento do Biodireito, após a Segunda Guerra Mundial, está relacionado à Bioética, pois coadunam ao lado da dignidade da pessoa humana e, portanto, contra tudo que venha agredir esse princípio fundamental. Como exemplo, o que aconteceu nos campos de Concentração Nazistas, onde os judeus foram usados como “cobaias humanas” em prol de pesquisas por parte de médicos e cientistas.

Entre 1950 a 1970, pesquisadores do Hospital Estatal de Willowbrook, New York, instituição para doentes mentais, infectaram crianças recém-admitidas, com o vírus da hepatite A, defendendo o estudo em prol de desenvolver uma vacina de proteção contra essa infecção

Esses eventos mencionados e tantos outros que marcaram a história da Bioética, foram decisivos para uma efetiva reflexão sobre os conflitos morais descritos na sociedade ocidental, envolvendo pesquisas com seres humanos. Há de se considerar que o objetivo da Bioética é “indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis e denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001).

Para os autores supracitados, a Bioética, como área de pesquisa, utiliza o conceito de vida da Biologia e da Ética, conforme os princípios éticos que regem a vida, quando essa é colocada em risco pela Medicina ou pela Ciência.

Além disso, necessita ser estudada por meio de uma metodologia interdisciplinar, por profissionais de diversas áreas como: da educação, do direito, da sociologia, da economia, da teologia, da psicologia, da medicina, filosofia e outros, e que discutam sobre os temas que envolvem o impacto da tecnologia sobre a vida.

Fortes (2002, p. 129) considera que a tarefa da Bioética “é refletir, argumentar e fornecer justificativas racionais para as escolhas e tomadas de decisões morais em casos e situações concretas”.

Em relação à palavra Bioética, dois marcos podem ser descritos no Século XX. No início da década de 1970, a Bioética emerge, nos Estados Unidos, como uma ciência, com a publicação da obra intitulada “Bioethics: bridge to the future”, traduzido para o português “Bioética: ponte para o futuro”, do pesquisador e bioquímico norte-americano, o oncologista Van Renssealer Potter, da Universidade de Wisconsin, como resposta aos problemas na área da saúde.

Desta forma, a proposição do neologismo Bioética se deu através da junção dos radicais “bio”, que significa vida, no sentido animal e fisiológico do termo e *ethos*, que diz respeito à conduta moral dos seres humanos em relação a outros seres e a outras formas de vida.

Preocupado com os avanços da ciência sobre a vida, no âmbito da biotecnologia e com as culturas: a científica e a cultural, que seguiam em vias paralelas, Potter (1970) propôs, através dessa obra, um paradigma unificador, uma “ponte” entre a ciência biológica e a humanística, ou dos valores, norteadas pela seguinte frase: “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”.

Conhecido como o pai da Bioética, sua obra passou a ser referência no campo da Bioética, o livro de cabeceira de todos os bioeticistas por possibilitar uma reflexão mais ampla nas possíveis intervenções do homem sobre a vida humana, da natureza e de si próprio, com o propósito de assegurar e aprimorar a qualidade de vida das pessoas. Outro marco fundamental para a história e o reconhecimento da Bioética, foi a fundação do Instituto Kennedy de Ética na Universidade na Georgetown, Washington, Estados Unidos, em 1971, pelo obstetra holandês André Hellegers. As preocupações do médico eram com as intervenções da ciência sobre a saúde do homem (URBAN, 2003; SIQUEIRA, 2010; PESSINI, 2013).

Com esses dois grandes eventos, podemos dizer que a identidade da Bioética se caracterizou por situações significativas, envolvendo, sobretudo, a necessidade de regulamentação ética para a condução de pesquisas e práticas clínicas com seres humanos ou ao cuidado da saúde. Vale ressaltar que essa concepção inclui todos os seres não humanos e o ambiente no qual vivem (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Em relação ao Brasil, mesmo que de forma tardia aos Estados Unidos da América, a Bioética também se faz presente. No que tange a esse trabalho, questões pertinentes à área da saúde, merecem destaque.

Já nas décadas de 1980 e 1990, em vias de uma (re)democratização do país, várias discussões ético-políticas suscitaram a revisão da Constituição da República Federativa do Brasil, o que culminou na elaboração da “constituição cidadã”. Na nova Carta Magna, há significativo destaque para o princípio da dignidade da pessoa humana.

Conforme os estudiosos acima mencionados, a publicação da Revista Bioética pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1993, e a criação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em 1995, contribuíram para o desenvolvimento da Bioética brasileira. No ano seguinte, o CNS aprova a Resolução nº 196/96 – a qual instituiu os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) –, criou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e regulamentou a realização de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Essas resoluções serviram de base e instrumento de divulgação sobre as reflexões bioéticas brasileiras.

Tão importante quanto, foi o VI Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília em 2002, com o tema Bioética: poder e injustiça, o qual contribuiu para ampliar os debates bioéticos na esfera da academia brasileira.

Posterior a esse evento, houve a inclusão da Bioética nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos universitários da área de saúde, onde os profissionais devem exercer suas atividades, tendo em vista os princípios da ética e da bioética. Assim:

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (...) (BRASIL, 2001, p. 1).

Além da área da saúde, a Bioética é hoje uma disciplina norteadora de teorias para o Biodireito e para a legislação, com o objetivo de promover mais humanismo

na rotina das condutas médicas. Nesse sentido, um depende do outro para que possam ser analisados e compreendidos.

O Biodireito, que é um ramo do Direito Público, mais novo que a Bioética, estuda as relações jurídicas presentes entre o Direito e as novas tecnologias, que por sua vez, estão ligadas principalmente à Medicina, aos cuidados do corpo humano e ligada, diretamente, à questão do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana. Além do Direito respeitar a liberdade do ser humano, luta contra os abusos cometidos durante a Segunda Guerra Mundial, com os judeus, em nome de experiências científicas utilizando pessoas (PEREIRA e SOUZA, 2015).

De acordo com Maria Helena Diniz, em seu livro, O Estado atual do Biodireito (2001, p.8):

Biodireito, por fim, é a ciência jurídica que estuda as normas jurídicas aplicáveis a bioética e à biogenética, tendo a vida como objeto principal, não podendo a verdade científica sobrepor-se a ética e ao direito nem sequer acobertar, a pretexto do progresso científico, crimes contra a dignidade humana nem estabelecer os destinos da humanidade (DINIZ, 2001, apud PEREIRA e SOUZA, 2015).

A Bioética, assim, como o Direito, possui princípios básicos, como a autonomia e dignidade e do ser humano e esta deve estar à frente dos interesses da ciência ou de um governo como aconteceu na Alemanha Nazista.

Não tem como falamos em Bioética, sem dissociá-la do princípio da dignidade da pessoa humana, o que nos leva a refletir a respeito das pessoas terem uma conduta ética em relação à vida. Por ser um princípio na Bioética, está garantido na Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 1º, inciso III (PEREIRA; SOUZA, 2015).

A Bioética, como ciência, precisa ser trabalhada sob um aspecto multidisciplinar e a mesma possui uma dimensão social a partir do momento que une as áreas das ciências da saúde, ciências sociais, humanas, o Direito e outras.

A dignidade humana é a base do princípio da bioética. De acordo com Oliveira (2004) que o que é ético, além de bom, é o melhor para o ser humano e a humanidade em um determinado momento. A bioética era um movimento coletivo que lutava pela ética nas áreas da biologia e correspondentes. Nos dias de hoje, similarmente é uma disciplina norteadora de teorias para o Biodireito e para a legislação, com o acordo de abonar mais humanismo na rotina das condutas médicas e nas experiências científicas que utilizam pessoas.

A Bioética procura de todas as formas que não seja causado danos aos seres humanos. A autonomia do ser humano ou o princípio da autonomia, que é também pregado pela Bioética, está presente na Constituição Brasileira, em seu artigo 5º, inciso X que diz: “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente da sua violação” (PEREIRA; SOUZA, 2015).

Evidenciamos com isso, que a Bioética está atrelada a lei, logo todo o ser humano precisa ser respeitado e não pode ser obrigado a fazer algo que não está previsto na lei, na Constituição do Brasil, a qual fundamenta o embasamento jurídico constitucional e todo aparato necessário para garantir os direitos e a proteção da pessoa.

Há uma grande polissemia a respeito das definições de Bioética, assim como são os autores que se dispõem a conceituá-la. De acordo com Schramm e Kottow (2006), podemos limitar o seu campo a partir de suas três funções principais: :1) Descritiva – consiste em descrever e analisar, de maneira racional e imparcial, os conflitos em pauta; 2) Normativa – ponderar estes conflitos e propor soluções s razoáveis e aceitáveis pelos indivíduos envolvidos nos conflitos, prescrevendo aqueles considerados corretos e proscrevendo aqueles com comportamentos incorretos; 3) Protetora, na medida do possível, proteger os indivíduos mais fracos e as populações em seus respectivos contextos

O marco da criação do Comitê de Bioética, nos Estados Unidos da América (EUA), nos anos 1970, está relacionado ao caso da paciente de 22 anos, Karen Ann Quinlan e aos profissionais de saúde. A mesma foi admitida em um hospital de New Jersey, no dia 15 de abril de 1975, em estado de coma – cuja etiologia não se encontrava esclarecida, o que exigiu sua permanência em ventilação mecânica. Pela não reversibilidade do quadro neurológico, os pais da jovem acionaram a Justiça visando o desligamento do ventilador. Para o médico, a paciente não preenchia os critérios de morte cerebral, recusando-se a proceder a tal ação. A Suprema Corte de New Jersey, em 1976, solicitou o prognóstico da paciente para assegurar que a mesma nunca seria capaz de retornar a um “estado cognitivo sapiente”. Como não havia nenhum órgão para analisar o caso, foi criado, às pressas, um comitê (FRANCISCONI; GOLDIM, 2019).

Em 1982, foi o caso de Baby Doe, uma criança nascida na Índia, com Síndrome de Down e fístula traqueoesofágica, que chamou atenção. A criança foi

a óbito no mesmo ano do nascimento, pois os pais não autorizaram a realização da intervenção cirúrgica corretiva. Este caso suscitou um debate sobre a ética e de como os pais e/ou responsáveis legais, decidem ou afetam a vida de seus próprios filhos (BONAMIGO, 2011).

Assim, na formação dos Comitês de Bioéticas nos EUA, destacamos os casos judiciais paradigmáticos, que atingiram as esferas de opinião pública, mas, por outro lado, apresentaram o desacordo entre os avanços na saúde e a decorrência dos conflitos em torno das condutas indicadas em casos clínicos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

Nos hospitais dos Estados Unidos, os comitês de ética institucionais tornaram-se um veículo padrão para a educação dos profissionais de saúde sobre ética biomédica, para a elaboração e revisão da política hospitalar e para consulta de casos de ética clínica. Atualmente, os comitês servem principalmente para promover a prática ética por meio de atividades como consulta de casos, educação ética às comunidades de saúde, revisão e desenvolvimento de políticas relacionadas a questões éticas no atendimento ao paciente e fornecimento de um fórum para discussão de questões ou preocupações éticas urgentes na comunidade hospitalar (MOON, 2019).

Segundo normas éticas da Sociedade Americana de Bioética e Humanidades, foi realizada uma avaliação de práticas de orientação para consulta ética em hospitais da Harvard Medical School e em vários hospitais escola, avaliando a qualidade da orientação dos membros dos comitês. Dos 132 profissionais que atuam em comitês hospitalares, 62% considerou que sua formação curricular é suficiente para tomadas de decisão, embora uma parcela significativa dos entrevistados não tenha recebido orientação (24%) ou esteja insatisfeita com a orientação (14%). Nesta pesquisa identificaram que métodos pedagógicos ajudam a melhorar a satisfação dos membros com a orientação e a preparação para tomada de decisão. Nesta amostra os materiais educacionais oferecidos durante a orientação foram 50% leituras, 41% estudos de caso e 19% vídeos (ZAIDI; KESSELHEIM, 2018).

No Canadá houve um crescente reconhecimento da prevalência de questões éticas nos cuidados clínicos, desde os anos 1980, porém nos últimos anos, essa demanda ampliou e, em alguns casos, essas estruturas podem funcionar em conjunto com um comitê de ética, mas em outros casos podem substituir os comitês

de ética com equipes externas e internas para deliberação das condições necessárias (BRESLIN, 2017).

Os estudos da Comissão Presidencial Americana para o estudo de Problemas Éticos na Medicina e na Pesquisa Biomédica e Comportamental dos Estados Unidos (EUA), mostram que em 1983, apenas 1% dos hospitais obtinham comissões de éticas em suas instituições.

Somente, no final da década de 80, com o apoio da AMA (Associação Médica Americana), que as comissões foram formalizadas em quase todos os hospitais.

Em 1992, o Manual de Acreditação para Hospitais, da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, tornou-se um dos critérios de qualidade e de condições de credenciamento e com isso de 1% em 1983, saltou para 60% em 1989 e 93% nos anos de 2000 (RIBAS-RIBAS, 2006).

No continente africano, Mayer et al. (2019) analisam que o desenvolvimento da bioética e da ética na investigação científica é relativamente incipiente, mas vem crescendo o interesse público pelo tema. Os autores retratam a experiência da Faculdade de Medicina de Malanje, em Angola, e da criação do Comitê de Bioética em Pesquisa. No entanto, há demandas de ações governamentais de países das redes em Bioética na América Latina e Caribe para efetivar a cooperação estabelecida sul-sul.

Com o objetivo de determinar a situação dos comitês de Bioética clínico-assistencial nas instituições de saúde na Costa Atlântica da Colômbia, Carrillo-Gonzalez e colaboradores (2019), selecionaram 26 instituições de saúde que assumem na sua maioria a denominação de Comitê de Ética Hospitalar. Nesta pesquisa eles perceberam que somente a metade tem equipe capacitada em Ética ou Bioética; a função que mais se destaca é a educação em aspectos éticos; contudo, na mesma porcentagem, há comitês que se dispersam na opinião ao não ter clara sua funcionalidade.

Para Rabadán e Tripodoro (2017), quando no processo de tomada de decisão em questões de saúde há alguma tensão entre os princípios éticos, considera-se que se depara com um dilema bioético. Pode acontecer que, na ausência de reflexão, a resolução de problemas complexos que não sejam estritamente um dilema seja transferida para um Comitê de Bioética Assistiva. As autoras trabalham com a condução dos conflitos éticos frente a tomada de decisão com a possibilidade do método deliberativo possa resolver os possíveis dilemas.

A primeira sugestão de criação de comitês de ética em hospitais, publicada em periódicos científicos, foi feita pela pediatra Karen Teel, que apresentou uma sugestão de dividir responsabilidades a partir de diálogos em condutas clínicas individuais e específicas (VEAKH,1998).

No Brasil, a partir dos anos 90, foi criado o primeiro CBH, no Hospital das Clínicas de Porto Alegre e alguns outros se seguiram na região sul e sudeste do país, como o Hospital das Clínicas de São Paulo (USP), e Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro (MARINHO et al., 2014).

Com a intenção de analisar e sistematizar a experiência do Comitê de Bioética de um Hospital público de São Paulo, sudeste do Brasil, Oliveira e colaboradores (2017) analisaram os participantes do comitê em relação a quatro categorias: histórico e evolução do comitê; motivação para participar dele; casos marcantes ali discutidos; sugestões para aperfeiçoamento do comitê.

Além de discutir e deliberar, o comitê de bioética desenvolveu também papel educativo em relação aos profissionais e equipes envolvidos. Por isto, o estudo 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. Para isso, os autores salientam que:

Os princípios básicos para um adequado funcionamento dos comitês de bioética sejam a “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” (OLIVEIRA et al. 2017, p.346).

Com a implantação do Comitê de Bioética foi possível perceber o envolvimento da comunidade médica e acadêmica institucional nos Hospitais.

De acordo com Francisconi, Goldim e Lopes (2002, p. 150):

Cabem as lideranças do comitê estimular seus membros a aperfeiçoar suas formações no campo da bioética clínica através de estudo de material bibliográfico selecionado que tenha significado dentro da área de atuação e também orientá-los a organizar seus argumentos, menos de maneira intuitiva e mais baseada em fatos, doutrinas e casos paradigmáticos dentro do campo da bioética.

Hoje, um profissional da saúde consegue se posicionar diante de um dilema, um conflito ético sem ferir os valores e os direitos de si e do outro. Para tanto, os teóricos distinguem os Comitês de Bioética das Comissões de Ética e das Comissões de Ética em Pesquisa.

As Comissões de Ética e Deontologia Médica e de Enfermagem são voltadas para o zelo do cumprimento dos deveres e direitos dos profissionais médicos e enfermeiros. As Comissões de Ética em Pesquisa em Saúde visam avaliar a adequação ética e metodológica dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Já os Comitês de Bioética Hospitalar têm como principal objetivo refletir e avaliar os conflitos éticos e as questões éticas consideradas como problemas e dilemas oriundos na prática clínica e os procedimentos realizados no âmbito da instituição. Além de promover o diálogo em situações clínicas individuais, como forma de dividir responsabilidades (KIPPER et al., 2008).

Os autores Oliveira e Jorge Filho (2010) apresentam a diferença entre a Bioética, ligada aos fenômenos da vida, da saúde e do meio ambiente e a ética médica. O Código de Ética Médica é o ponto de partida para a reflexão sobre os aspectos éticos envolvidos na ação do médico, enquanto profissional.

Para Loch e Gauer (2010), os Comitês de Bioética (CB) são extensões independentes em hospitais, clínicas, institutos de pesquisa ou laboratórios, onde profissionais de várias áreas do conhecimento se reúnem para discutir e trabalhar os diversos componentes de setores de atividades relacionadas à vida e à saúde das pessoas.

Essa reflexão institucional, segundo Kawamura (2012), deve se estruturar de modo interdisciplinar e priorizar a busca de um consenso sem se restringir aos códigos deontológicos das profissões. Sobre isso:

Os Comitês Hospitalares de Bioética (CHB) são espaços de diálogo e reflexão no âmbito interdisciplinar que, através da argumentação, aspiram chegar a consensos mínimos que reforcem a qualidade das decisões sanitárias, aproximando-se racional e razoavelmente a decisões prudentes (RIBEIRO, 2010 apud VIDAL, 2007).

Segundo Goldim e Francisconi (2019) os Comitês de Bioética devem ter uma composição multidisciplinar envolvendo médicos de diferentes especialidades, enfermeiro, assistente social, advogado (não ligado à instituição), psicólogo,

eticista, representantes do hospital, comunidade (leigo) de ambos os sexos, bem como os de religiões.

Nesse espaço plural e dialógico, Vidal (2007), reforça que todos os interessados devem ser convocados, exceto os que estão respondendo processo em conselho profissional, processo civil ou penal e/ou processo administrativo.

Além disso, os comitês podem ser constituídos por profissionais das áreas da teologia e filosofia. Representantes da comunidade, que forem participar, devem ser dotados de capacidade de reflexão moral, sensibilidade e interesse por questões éticas, equilíbrio e que não sejam polêmicas ou dogmáticas. Os membros devem ter abertura para dialogar, disposição para fazê-lo e disponibilidade para refletir e estudar comportamentos humanos (KIPPER; LOCK; GAUER, 2008; MARINHO et al., 2014).

Assim, as pré-condições para a constituição de um Comitê de Bioética são os direitos humanos, o reconhecimento da dignidade dos cidadãos e a proposta de um programa educacional em Bioética (KIPPER; LOCH; FERAIS, 1998).

Vidal (2007) explica que a formação teórica dos membros do comitê se faz necessária para o desenvolvimento das próprias funções. Essa capacitação deve ser de maneira consciente e responsável, visto que, de suas recomendações, pode depender a vida, a saúde e o bem-estar de muitas pessoas.

Sobre essa formação teórica, outros estudiosos ressaltam:

Cabem as lideranças do comitê estimular seus membros a aperfeiçoar suas formações no campo da bioética clínica através de estudo de material bibliográfico selecionado que tenha significado dentro da área de atuação e também orientá-los a organizar seus argumentos, menos de maneira intuitiva e mais baseada em fatos, doutrinas e casos paradigmáticos dentro do campo da bioética (FRANCISCONI; GOLDIM; LOPES, 2002, p. 150).

Francisconi, Goldim e Lopes (2002) apontam uma tríplice função do CB: a educativa, consultiva e a normativa, com avaliação e discussão de questões e dilemas morais com origem na prática e os procedimentos realizados, no âmbito da instituição, com vistas ao melhoramento do atendimento ofertado.

Para Ribeiro (2010), as atribuições de um CB apresentam caráter consultivo, normativo e educativo, sendo:

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 saúde (KIPPER, 2013).

De acordo com Gracia (2004), o Comitê de Bioética Hospitalar é um órgão de deliberação e consenso; portanto, não se trata de informar a outros as próprias ideias, nem de convencê-los, nem de modificar suas crenças e valores.

A função do CB é a de deliberar, tendo como objetivo: tomar decisões sobre questões complexas, que envolvem uma dada situação, a partir de uma análise detalhada e rigor das circunstâncias e das consequências, considerando as possibilidades de ação e escolhas de soluções. Para isso, deve prevalecer diálogo, o raciocínio prático, as emoções, os valores e as crenças.

Para deliberar, faz-se necessário: partir de um problema concreto, analisar os valores e opiniões apresentadas, procurando dar parecer a favor e contra a fim de buscar uma solução prudente (KIPPER et al., 2008).

Apesar da resistência da implantação do Comitê de Bioética no Brasil, foi possível perceber o envolvimento da comunidade médica e acadêmica nos Hospitais e, com o avanço tecnológico da medicina, os pacientes mudaram suas atitudes, tornando-se mais conscientes de seus direitos. Assim, esse tipo de Comitê passou a ser, progressivamente, mais utilizado pelos hospitais.

Hoje, os Comitês de Bioética (CB) são considerados essenciais para o desenvolvimento de um ambiente hospitalar mais justo e humanizado (KIPPER et al., 2008).

Entendemos que para a garantia da funcionalidade de um Comitê de Bioética Hospitalar, os preceitos e as fundamentações teóricas da Bioética fortalecem as condutas e atribuições evidenciando a pragmática composição de um comitê.

Beauchamp e Childress (2002), representantes da chamada corrente Princípalista consagraram, em 1978, na obra “Principles of Biomedical Ethics”, traduzido Princípios de Ética Biomédica, quatro princípios que sustentam os problemas relacionados à Bioética, sendo: autonomia, beneficência, não-

maleficência e justiça. Os citados autores acreditam que a decisão moral deva ser tomada após uma "deliberação" competente e ainda distinguem:

Deliberação é basicamente uma tentativa por um indivíduo ou um grupo para resolver um problema de desenvolvimento e avaliação de suas crenças, a fim de tomar uma decisão (...)

Enquanto deliberar, geralmente consideramos que um dos possíveis cursos de ação" é moralmente justificado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Beauchamp e Childress (2002) citam três condições que estão ligadas à decisão e determinam a competência, que são: 1) capacidade de realizar escolhas baseadas em critérios racionais; 2) capacidade de chegar a resultados razoáveis por meio de decisões; 3) capacidade de tomar decisão.

No caso de ato permissivo, cabe refletir, minuciosamente, sobre os itens, pois remetem diretamente às escolhas que podem ser individuais, pessoais ou, ainda, tomar decisões que geram resultados para e por outras pessoas.

Não se pode simplesmente decidir baseando-se nas consequências, para as quais suportaríamos verdadeiras as coisas a serem provadas. Necessita-se conhecer, ordenar ou comparar consequências, incluindo-se consequências presentes versus futuras (ENGELHARDT Jr., 1996, p. 46).

Além do ato e da capacidade de tomar decisão, ainda tem o respeito pela autonomia de uma pessoa que não deve chegar ao ponto de ferir o outro. O respeito vai até o momento em que o sujeito não age contra este contrato, como seria o caso de pesquisas envolvendo seres humanos sem seu consentimento, ou até mesmo a doação de órgãos que precisa que alguém autorize o processo.

Ninguém pode realizar esses atos sem consentimento dos sujeitos pesquisados, caso contrário estaria ferindo o princípio da permissão. "O indivíduo que viola o princípio da permissão é colocado fora da comunidade pacífica" (ENGELHARDT Jr., 1996, p. 109).

Hoje, existe uma grande possibilidade de o paciente influenciar as decisões médicas a partir do conhecimento que tem sobre si e de suas necessidades. É o princípio da autonomia, que se refere, principalmente, à necessidade de respeitar as decisões de uma pessoa.

O Princípio da Autonomia é a capacidade que temos de decidir fazer ou buscar aquilo que julgamos ser o melhor para nós mesmos. Para que possamos exercer esta autodeterminação, é necessário ter em mente algumas condições,

como: a) capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas; b) liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para sua tomada de posição (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para Loch (2002), autonomia reflete a consciência de que cada indivíduo tem um projeto de vida próprio, além de suas opiniões, escolhas, valores, convicções, pontos de vistas. Declara ainda que, proteger os direitos fundamentais do ser humano, vão além do pluralismo ético-social vivenciado na atualidade.

A noção de autonomia é essencial para que a pessoa se sinta livre de interferências controladoras por parte de outros, bem como, de limitações pessoais em relação à compreensão inadequada.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, que foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas de 1948, manifesta logo no seu início que as pessoas são livres. Para que a autonomia da pessoa seja respeitada é importante, então, que elas tenham liberdade de decisão sobre suas vidas e informação. Isso quer dizer que a pessoa deve ser livre de pressões externas para decidir.

Muitos profissionais de saúde consideram que o valor fundamental na sua prática clínica é o bem-estar do paciente. Para Beauchamp e Childress (2002), o Princípio da Beneficência significa fazer o bem, trazer benefício para o outro e ser bom, não apenas do ponto de vista técnico-assistencial, mas também, do ponto de vista ético. Seguido de todos os conhecimentos e habilidades a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios.

Os autores supracitados fazem a distinção entre beneficência, que se refere a uma obrigação moral de agir em benefício de outros e da benevolência, que se refere a um traço de caráter ou à virtude ligada à disposição de agir em benefício de outros.

Na maior parte das vezes, o agir dos profissionais de saúde pauta-se em regras, chamadas de códigos de ética profissional. Beauchamp e Childress (2002) enumeram, para o princípio de beneficência, um conjunto de regras básicas que são:

1. Proteger e defender o direito dos outros;
2. Evitar que outros sofram danos;

3. Eliminar as condições que causarão danos a outros;
4. Ajudar pessoas inaptas; 5. Socorrer as pessoas que estão em perigo.

Posto isso, entendemos a beneficência como uma obrigação ou um meio do profissional de saúde e, sua prática, desse seguir objetivos eticamente defensáveis.

Já o Princípio Não-Maleficência diz respeito à obrigação de evitar causar danos e prejuízos. Nesse princípio, há uma máxima em latim usada no mundo da medicina, que é *primum non nocere*; traduzida, significa: “antes de tudo, não causar dano” da qual deriva o princípio de não-maleficência.

Esse preceito é uma exigência moral, que resulta na transmissão prática e de ensinamentos ao longo do tempo por pessoas que têm a moralidade para o bem comum; tratando-se com um mínimo ético, um dever profissional, que, se não cumprido, coloca o profissional de saúde numa situação de má prática ou prática negligente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Há de se considerar, acima de tudo, que os profissionais da saúde têm o dever intencional de não causar mal e/ou danos a seu paciente.

O Princípio da Justiça está relacionado a categorias sociais, igualdade de tratamento e à justa distribuição das verbas do Estado para a saúde, a pesquisa. Preocupa-se com a equidade no abastecimento de acervo e recursos considerados comuns, como forma de balançar as possibilidades de acesso a esses serviços. O conceito de equidade significa dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades. Ou seja, as pessoas são diferentes, logo, as suas necessidades também o são.

Considerando os problemas da saúde, as dificuldades de acesso e o alto esforço destes serviços, faz-se necessário analisar os conflitos éticos que emergem da necessidade de um abastecimento e assistência a populações com direito mínimo à saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

De acordo com o Princípio da Justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Não seria ética uma decisão que levasse um dos personagens envolvidos (profissional ou paciente) a se prejudicar.

Vale ressaltar que a partir desse princípio, fundamenta-se a chamada objeção de consciência, onde o profissional de saúde tem o direito de se recusar a realizar um procedimento contra sua vontade, mesmo sendo legalizado.

Podemos dizer que o referencial teórico, assinado por Beauchamp e Childress (1994), serviu de base para que a concepção Principlista da Bioética ganhasse repercussão em diferentes países, incluindo o Brasil, tornando-se um princípio norteador, fornecendo ideias centrais para documentos éticos, como a Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96.

Diante de um processo de decisão, todos esses princípios devem ser considerados pelo profissional da saúde numa ordem hierárquica que são: reconhecer o valor das pessoas; buscar fazer o bem e evitar o mal; respeitar suas escolhas, autonomia e, por fim, ser justo. A sua utilização facilita o enfrentamento de questões éticas entre os profissionais de saúde de diversas áreas.

Todos os dias, a história se coloca em movimento, na corrida de ações, a fim de adquirir o bem-estar do mundo. Seria como se a solução estivesse em nossas mãos. Além desses importantes princípios incorporados pela Bioética, no campo das relações humanas, como liberdade, igualdade, diálogo, respeito ao outro, no campo da saúde, a solidariedade, a justiça, a proteção e a responsabilidade passaram a ser princípios importantes.

Outra corrente que pode auxiliar na estruturação e na tomada de decisões de CBH, vem da escola latino-americana de bioética, denominada Bioética de Proteção (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Seguidos pelos dilemas éticos, relacionados aos princípios de autonomia beneficência, não maleficência e justiça, a Bioética de Proteção se preocupa com a população que sofre restrições, limitações, aumento de suscetibilidade e falta de autonomia e acredita que há uma desigualdade que fere a estrutura social.

De acordo com Dupuy (2005), a Bioética de Proteção vem a frente do mundo globalizado, sugada por uma sinergia catastrófica, com causas e efeitos, onde nos responsabilizamos por tudo aquilo que ainda iremos passar. Ainda denota uma realidade complexa, tanto do ponto de vista dos problemas reais que deve enfrentar, como daquele das ferramentas conceituais e pragmáticas dos quais deve lançar mão para tentar resolvê-los.

A Bioética de Proteção teve seu início com os bioeticistas Fermin Rolland Schramm, da Fiocruz e Miguel Kottow da Universidade do Chile. Os autores definem

a Bioética de Proteção como critério essencial relacionada às questões morais na área de saúde pública e, ainda, defendem como um critério suficiente para garantia de uma sobrevivência básica e digna das pessoas (ARREGUY; SCHRAMM, 2005).

A Bioética da Proteção se aplica a qualquer paciente moral que não possa se defender sozinho ou agir autonomamente por algum motivo, independente, de sua vontade e capacidade. Essa definição foi enunciada, inicialmente, para enfrentar os conflitos morais existentes, em saúde pública, nos países em desenvolvimento (SCHRAMM, 2006).

Para Scharmm (2006), a Bioética da Proteção tem como foco principal proteger os indivíduos vulneráveis e excluídos de qualquer situação ou ameaça externa que prejudique sua integridade. É a chamada ética da responsabilidade, um princípio essencial para as questões morais. Ou seja, o Estado deve assumir suas obrigações para com a população, considerando os seus contextos de vida.

Sendo assim, a Bioética da Proteção torna-se um instrumento para refletir conflitos morais dentro de um CBH e baseado nos seus princípios a padronização das consultas éticas.

Na mesma linha de pensamento, Rosa (2006) acrescenta:

Proteção entendida como dimensão ética que vem participando da vida política, social e filosófica e instalada na base da trama social que tem no modo de ação preventiva a finalidade de colocar cada ser humano em condição de segurança. Argumenta a favor da responsabilidade de propor esta proteção sanitária e brigar por sua efetiva realização com vistas à modificação dos problemas de vulnerabilidade e de suscetibilidade humanas (ROSA, 2006, p. 2258 apud KOTTOW, 2003).

Sendo assim, a Bioética da Proteção torna-se um instrumento para refletir conflitos morais dentro de um CBH e, baseado nos seus princípios, a padronização das consultas éticas. A intenção seria priorizar os vulnerados e buscar respeitar o princípio de justiça, aplicar a equidade como condição indispensável em atingir a igualdade perante o próximo.

Além disso, vários autores defendem a ideia de que os seres humanos querem cuidar e ser cuidados, portanto, há um "cuidado natural" acessível a toda humanidade.

Nesse contexto, a ética do cuidado surge como importante fundamentação teórica para auxiliar na estruturação e funcionamento dos CBH. Com os avanços técnico-científicos e com o excesso de protocolos inseridos nesses espaços, a

Bioética do Cuidado surge com a necessidade de se refletir acerca de como o ato relacional do cuidar do outro vem sendo propagado na saúde (ZOBOLI, 2010).

Cuidado deriva-se do latim *cura* (cura), que se relaciona com o amor, amizade, atitude de cuidado, de zelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Estudos filosóficos contextualizam ainda que cuidado, significa pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (REICH, 1995).

Sendo assim, observa-se que cuidado mantém-se na linha de pensamento de que é um ato singular, que envolve sentimentos, que fecunda relações entre pessoas e objetos.

Para Gilligan (1982), eticamente o cuidado reflete uma hipótese central partindo de 03 (três) princípios: o modo como as pessoas falam de suas vidas é significativo; a linguagem que utilizam e as conexões que fazem revelam o mundo que elas veem e no qual atuam.

Torralba Roselló (2009, p. 147) considera o cuidar como uma arte que necessita harmonizar três pontos: a técnica, a intuição e a sensibilidade. A sensibilidade pode ser estética ou ética, sendo a última relacionada ao ser sensível para fazer o bem. Enfatiza que o processo de cuidar deve se desenvolver pelo elemento linguístico, ou seja, pelo diálogo, como condição para o desenvolvimento adequado da ação de cuidar, pois é nele que se dá a interação e se concretiza o reconhecimento de outro. Ainda diz:

Um cuidado monológico, ou seja, no qual somente um articula palavras e o outro é completamente passivo que se limita a receber determinados vocábulos que decodifica, desemboca em uma má práxis dos cuidados. O cuidado pressupõe capacidade dialógica, pressupõe capacidade de articular palavras e de recebê-las.

Torralba Roselló (2009, p. 161) aponta que, além de uma perspectiva antropológica, a ação de cuidar está permeada de desafios que envolvem, na relação com o outro, o caráter ético e o modo virtuoso. Para o autor:

A ação de cuidar delinea graves e profundos desafios de caráter ético, de onde é absolutamente necessário refletir em torno de categorias como: liberdade, intimidade, justiça e bem. A ação do cuidar deve se desenvolver dentro de vias éticas para alcançar seu grau de excelência (TORRALBA-ROSELLÓ, 2009, p.161).

Nel Noddings, em seu livro “Caring: a feminine approach to ethics and moral

education” editado em 1984, explica, também, que:

A capacidade de agir eticamente é como uma “virtude ativa”, que intervém por dois sentimentos: o primeiro é o sentimento natural de cuidado e o segundo ocorre em resposta à lembrança do primeiro. Cada pessoa traz consigo uma memória dos momentos nos quais cuidou ou foi cuidada podendo acessá-la e, caso assim o deseje, por ela guiar sua conduta.

Na opinião do autor supracitado, o cuidar é algo natural e não impõe conflitos éticos, porque o “querer” e o “dever” se coincidem. Tampouco pode vir como exigência de uma voz interna que diz “deve ser feito” em resposta às necessidades do outro.

Na área da medicina, o avanço tecnológico trouxe junto à perspectiva econômica. Cortina (2016, p. 9) destaca que ir contra a razão instrumental é sobressair o cuidar com o outro. Nesse contexto, diz:

Por isso é necessário praticar a crítica da ideologia que conduz a razão instrumental e coloca nas mãos da razão prática o uso dos avanços e conhecimentos, mas uma razão prática enraizada na capacidade de cuidar, cooperar e trabalhar para os outros, capaz de apreciar aos seres que valem por si mesmos e se comprometer com eles (CORTINA, 2016, p. 9).

O filósofo alemão Hans Jonas (2006) relata que o avanço tecnológico ocasionou uma permanência do *Homo faber* sobre o *Homo sapiens*, ou seja, o homem é constituído pelo trabalho, assim, inexistente atividade humana da qual se possa excluir a intervenção intelectual daquilo que ele produz. E, quando os avanços tecnológicos são incorporados à vida humana, os profissionais devem estar preparados além das habilidades humanas e técnicas e adquirir um significado ético.

A Ética do Cuidado atua, assim, como instrumento de reflexão nas ações dos serviços de saúde. Traz a reflexão sobre o cuidado, das experiências éticas, enfatiza a ação contínua com os diversos níveis de responsabilidades, científicas e humanas (BUZQUIA, 2017).

Para Zoboli (2010), a Ética do Cuidado já percorre por ambientes de cordialidade e reconhecimento da intersubjetividade, e que todos são co-responsáveis pela produção de saúde. Relata, ainda, que o ato de cuidar deve ser transformador e associado com a técnica da empatia, compaixão e a solidariedade e isto deve ser incorporado nos Comitês de Bioética Hospitalares.

O profissional de saúde também tem que ser virtuoso, deve sentir e agir

conforme as experiências do dia-a-dia que fazem sentido para este, permitindo a recíproca relação de caráter e virtude.

Não se trata de desenvolver prioritariamente o pensamento nem de favorecer a especulação, mas de desenvolver virtudes, conseguir personalidades morais “boas”. Para isso, será necessário estabelecer que finalidade se deve perseguir (PUIG, 2008).

Rocha (2014) destaca que “As virtudes são adquiridas assim como o conteúdo das regras de um jogo, que é apreendido pelo jogador através do exercício contínuo [...]”.

Na visão de Oliveira (2004), o profissional de saúde desenha o cenário desta ação, com o comprometimento do seu trabalho, junto a técnica e a singularidade de cada indivíduo que é assistido, oferece assistência e intervenção, qualidade de vida aos usuários e seus familiares.

Assumir a perspectiva do cuidado, partindo do reconhecimento de projetos de vida e de felicidade de quem é assistido, aponta como objetivos das ações de saúde a busca por sucessos práticos, alcançados sempre que compreendemos e manejamos os significados que têm os êxitos técnicos, possibilitados por nossas técnicas e ciências para os sujeitos a quem estão dirigidas as ações de saúde (ZOBOLI, 2010, p. 371).

Assim, a Ética do Cuidado é permitir uma relação de troca com o outro, é envolver-se com empatia, compreensão e compaixão; é oferecer o melhor cuidar ao outro; é ter caráter virtuoso, ser altruísta, solidário e justo com os mais vulnerados e incluí-los na sociedade.

Diante desses conceitos, consideramos pertinente um estudo voltado para a implantação de um Comitê de Bioética em uma instituição hospitalar.

Para a implantação de um CBH, utilizamos os passos de Ribeiro (2010) como base no desenvolvimento do planejamento organizacional. Posterior, demonstrados nos resultados desta pesquisa e detalhados na metodologia.

Quadro 1: Passos de implantação de Comitê de Bioética

Primeiro Passo	Análise da Instituição de Saúde	Esta deve compreender o estudo da situação da instituição no que diz respeito à estrutura física, tipo de atendimento prestado, características dos pacientes atendidos, dos profissionais de saúde etc. Outros itens devem ser checados como existência de comissões de ética profissionais, de comissões de usuários etc.
Segundo Passo	Determinação dos objetivos	Após o estudo da unidade, devem-se formular os objetivos para a implantação do CHB tendo como base o estudo realizado, incluindo características do comitê a ser implantado e o tempo necessário para a implantação.

Quadro 1 (continuação): Passos de implantação de Comitê de Bioética

Terceiro Passo	Identificação das atividades	Para a implantação do comitê se necessita de: 1. Esclarecer e sensibilizar a direção do hospital da necessidade do comitê. 2. Formar um grupo de profissionais que tenham interesse em Bioética, para estudar, avaliar e implantar o comitê. Este grupo deve ter em torno de dez a quinze pessoas, incluindo profissionais de diferentes categorias que atuam no hospital além de representantes dos usuários e da sociedade se possível (VIDAL, 2007) 3. Fazer reuniões periódicas do grupo de acordo com o consenso a se estabelecer na primeira reunião. 4. Estabelecer um plano de ação para a implantação com o grupo, que deve conter além de outros: a. pesquisa sobre os conflitos éticos mais frequentes na Instituição de Saúde. b. pesquisa sobre a percepção dos profissionais frente à Bioética. c. análise de casos anteriores nos quais foram detectados conflitos éticos, para servir de modelos para os casos futuros. d. capacitação em Bioética com base nas pesquisas realizadas, incluindo curso com enfoque em CBH, cursos de formação para os seus membros e para os outros profissionais, para médicos residentes, estudantes da área da saúde, acompanhantes e outros frequentadores do hospital na medida da necessidade.
Quarto Passo	Preparação das condições e recursos para a instalação do comitê.	Deve-se garantir uma estrutura mínima com sala para reuniões, computador, impressora, mesa, cadeiras, telefone e material de consumo como papel, tinta, canetas etc.
Quinto Passo	Definição do tempo e responsáveis	A implantação deve se processar em um período de tempo determinado, com as atividades já especificadas acima organizadas de modo cronológico, com determinação de responsáveis para cada tarefa e com avaliações periódicas do plano, culminando com a finalização da implantação estando o CBH apto para levar a cabo seus objetivos.

Fonte: Ribeiro, 2010

No quadro abaixo, serão apresentados critérios de consulta de casos clínicos como protocolo operacional padrão para revisão bioética de um paciente, na qual, será qualificado para a instituição de saúde pesquisada e trabalhado em consoante com as referências de atendimento da mesma.

Quadro 2: Passos parciais a serem seguidos após uma reunião do comitê de ética do cuidado

1	Determine os fatos clínicos e psicossociais do caso	a) Diagnóstico do paciente e lista de problemas; b) Prognóstico do paciente; c) Opções de tratamento; d) Políticas, práticas e regulamentos da instituição relevantes para o caso; e) Exploração de casos semelhantes abordados no passado.
---	---	---

Quadro 2 (continuação): Passos parciais a serem seguidos após uma reunião do comitê de ética do cuidado

2	Identifique as perspectivas das principais partes interessadas	<ul style="list-style-type: none"> a) Determinar se alguma foi sujeita a coação; b) Determinar os valores e preferências do paciente no contexto específico da atenção à saúde; c) Esclarecer as contribuições dos tomadores de decisão denominados de acordo com a lei; d) organizar a equipe de atendimento e examinar a situação do paciente.
3	Formule questões e dilemas bioéticos	
4	Liste os possíveis benefícios de curto e longo prazo e os possíveis riscos para o paciente	
5	Esforçar-se para alcançar consenso por meio de compromisso quando o consenso total não for alcançado. Estabelecer um plano de implantação	<ul style="list-style-type: none"> a) Passos a seguir b) Procedimentos para comunicar conselhos, recomendações ou decisões; c) Procedimentos para documentar conselhos, recomendações ou decisões (histórico médico e prontuário médico do paciente)
6	Monitore o efeito do plano no paciente e revise-o, se necessário	
7	Avaliar os procedimentos de revisão de caso	<ul style="list-style-type: none"> a) Listar os procedimentos e políticas que precisam ser revisados b) organizar a apresentação do caso como parte da educação continuada do pessoal de bioética <p>Solicitar às partes interessadas que avaliem o processo de revisão</p>
8	Estabeleça um arquivo de revisão de caso para referência futura.	

Fonte: UNESCO (2006)

O CFM (Conselho Federal de Medicina) incentiva a criação e o funcionamento de CB, assim como a participação dos médicos em sua composição, abrangendo a tarefa educativa, de revisão ou proposta de documentos, não se limitando apenas a questões de deliberação moral (SIQUEIRA, 2016).

Vale ressaltar que o CB não interfere nas condutas médicas, apenas discute sobre questões éticas com envolvimento entre pacientes, familiares e profissionais envolvidos. A principal função é proteger os direitos e o bem-estar dos pacientes. Assim:

Algumas das situações em que isto possa ser necessário são: renúncia ao tratamento de suporte de vida, ordem de não reanimar, avaliar diretivas antecipadas, avaliar a capacidade de tomada de decisão do paciente e analisar questões sobre conflitos éticos e financeiros (SIQUEIRA et al., 2016, p. 285 apud LUNA; BERTOMEU, 1998.)

O CBH, para alguns médicos, pode favorecer a tomada de decisão, junto à equipe profissional, quando identificam e resolvem os problemas éticos de pacientes em fase final de vida, ou casos clínicos de cuidado, que geram dúvidas de condutas ou com valores divergentes.

É válido lembrar que a ética médica integra a base da bioética, ou seja, ela não se equilibra sem a participação da ética e, portanto, os CB não apresentariam eficácia sem a participação de profissionais da medicina (FERNANDEZ, 2007).

Um outro fator importante a ser considerado é que a UNESCO e a Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizam manuais e guias específicos sobre Comitês de Bioética Institucionais para vários países e instituições interessadas na implantação de Comitês de Bioética clínica e de outras instâncias de análise e deliberação ética, como os de ética em pesquisa em hospitais e para sua consolidação acadêmica (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Considerando, ainda, um significativo progresso:

A implementação dos comitês em outros países a aprovação, pelos países-membros da Unesco, em 2005, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que recomenda a criação e apoio aos comitês, tanto para avaliar os problemas éticos, jurídicos, científicos e sociais relevantes no que se refere aos projetos de investigação envolvendo seres humanos como para dar pareceres sobre os problemas éticos em contextos clínicos (UNESCO, 2005).

De acordo com Siqueira et.al (2016), uma consulta ética pode diminuir para a instituição a responsabilidade de exposição, auxílio na gestão de risco, melhoria na qualidade de atendimentos e propósitos futuros de ajudar a suprir critérios de avaliação para acreditação hospitalar. Para os pacientes, a consulta auxilia a comunicação entre o paciente, médicos, familiares ou quando apresenta dúvidas quanto a tomada de decisão, como sedação e cuidados paliativos perto do fim da vida.

Para que a consulta ética cumpra com os objetivos propostos, é importante considerar: os comitês de bioética e os consultores individuais. A American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) apresenta: o modelo misto ou formado por pequenas equipes e o modelo de comitê, que é o mais frequente (RIBAS-RIBAS, 2006).

Segundo os estudiosos, esses modelos alcançam seus objetivos mediante três atividades, a saber: 1) coordenação de programas de educação em ética,

inclusive a formação dos próprios membros do comitê; 2) auxílio no desenvolvimento de políticas institucionais que definem o posicionamento ético da unidade de saúde ante determinadas situações e; 3) consultas em casos individuais, nos quais se busca a identificação das questões morais e possíveis conflitos que o caso suscite (GOLDIM; FRANCISCONI, 2019; SINGER, 1990).

Singer (1990, p. 107-108) apresenta quatro modelos de consulta em ética clínica, com suas vantagens e desvantagens:

- a) Modelo puro de comitê – o solicitante, que pode ser um familiar ou o profissional, apresenta o caso à comissão e esta discute e faz suas recomendações; Implantação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades
- b) Membro do comitê como consultor – o pedido é feito ao comitê, que designa um de seus membros para analisar o caso. Os resultados da análise são apresentados ao comitê, que os discute e faz recomendações;
- c) Comitê de análise pós fato – o pedido é feito diretamente ao consultor, que analisa e faz as recomendações. O caso é posteriormente analisado por um comitê;
- d) Modelo puro de consulta – o pedido é feito diretamente ao consultor, que analisa e faz recomendações, sem que estas sejam analisadas posteriormente pelo comitê.

Levando em conta as vantagens, a característica do modelo puro de comitê contribui para um maior consenso institucional e oferece suporte às recomendações. Já a medida de consulta propicia uma resposta mais rápida e mais eficiente. Contudo, os modelos que combinam as estratégias de comitê e o consultor individual são os que corroboram discussão mais abrangente e maior controle das transparências (SINGER, 1990).

Segundo Ribas-Ribas (2006), para a corporação de trabalho da ASBH, não deve ser priorizar um modelo rígido para todos os CBH, pois as situações são distintas de cada um.

CAPÍTULO 2 - ARTIGO

Desafios para implementação de Comitê de Bioética Hospitalar: uma análise a partir de experiências relatadas na literatura

RESUMO

A Bioética vem se configurando nos últimos 40 anos como um campo do conhecimento interdisciplinar que abrange, além de diversas escolas e perspectivas teóricas, uma ampla frente de institucionalização prática que se caracteriza, no campo científico, pelo surgimento de comitês de ética em pesquisas com seres humanos ou com animais não humanos e, no campo clínico e assistencial, pelos comitês de bioética hospitalares (CBH). Os CBH são órgãos colegiados independentes com representantes de diferentes áreas da atuação hospitalar voltados a avaliar e indicar normas ou encaminhamentos para resolução de conflitos éticos envolvendo a relação de profissionais de saúde, pacientes e familiares. Esta pesquisa apresenta a contextualização histórica e a fundamentação teórica que subsidiam a estruturação dos CHB, bem como identifica, por meio de um levantamento exploratório da literatura, as dificuldades encontradas no percurso da elaboração. A análise evidencia a necessidade de ampliação do conhecimento, por toda a estrutura hospitalar, do campo da bioética como uma forma de reduzir ou superar barreiras que uma proposta desta natureza possa causar entre as equipes clínicas e administrativas. Os comitês de bioética hospitalares não devem ser compreendidos como instâncias de avaliação e sanção de práticas profissionais, nem como indicadores para tomadas de decisões unilaterais, mas como espaços colegiados, interprofissionalismo e interdisciplinares que, por meio de práticas deliberativas, podem apoiar os profissionais e as instituições a tomarem decisões eticamente adequadas que repercutirão no melhor benefício dos pacientes, dos familiares e de toda a comunidade hospitalar.

Palavras-chave: comitês consultivos; ética em hospitais; bioética; deliberação

Introdução

Desde meados do século XX, a Bioética marcou e caracterizou sua identidade por situações significativas envolvendo, sobretudo, a necessidade de regulamentação ética para a condução de pesquisas e práticas clínicas que envolvem seres humanos (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Até meados do século XX, não havia parâmetros éticos internacionais estabelecidos para a realização de pesquisas em seres humanos. Os primeiros critérios éticos nacionais, neste campo, foram definidos na Prússia, no ano 1900, quando se tornou obrigatório o consentimento dos participantes em pesquisas que envolvessem seres humanos.

Mas, foi a partir da Segunda Guerra Mundial, quando vieram, a público, as atrocidades realizadas pelos nazistas alemães sob o manto de “pesquisas científicas”, sobretudo com judeus, ciganos e com outros grupos excluídos, que se criou o primeiro conjunto internacional de princípios éticos norteadores para a realização de pesquisas, envolvendo seres humanos, denominado Código de Nuremberg.

Em relação aos marcos da regulação ética para a relação entre pacientes e profissionais de saúde, um dos primeiros antecedentes de Comitês de Bioética Hospitalares foi criado nos Estados Unidos da América (EUA), nos anos 1970, para auxiliar médicos de uma instituição local a tomarem uma difícil decisão com relação à interrupção de medidas que mantinham viva uma paciente em coma irreversível. Devido a essa irreversibilidade do quadro neurológico da paciente, os pais da jovem acionaram a justiça visando o desligamento do ventilador. O juiz do caso solicitou o parecer de um comitê de ética institucional, o qual foi criado às pressas, pois não existia nenhum órgão com esta função para analisar o caso (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Em 1982, outro caso antecedente, que chamou a atenção da opinião pública e de órgãos estatais, nos EUA, em relação à ética hospitalar, foi o que veio a ser conhecido como “caso Baby Doe, quando uma criança nascida com síndrome de Down e fístula traqueoesofágica veio a óbito, após seus pais não autorizarem a realização de uma intervenção cirúrgica corretiva para a fístula. Este caso resultou em debate onde envolveu a ética e a legalidade em neonatologia e sobre como a participação dos pais e/ou responsáveis legais afetam a vida de seus próprios filhos (BONAMIGO, 2011).

Com o passar dos anos, na medida em que o avanço tecnológico da medicina e a mudança de atitude dos pacientes foi crescendo, a necessidade desses comitês foi progressivamente sendo mais requerida pelos hospitais. Pacientes mais conscientes dos seus direitos, trouxeram para os médicos e para as instituições

hospitalares, problemas que transcendiam os conhecimentos científicos, técnicos e deontológicos.

Esta é a razão pela qual os comitês de bioética hospitalares, tal como se conhecem hoje, são constituídos por um grupo multidisciplinar: médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, assistente sociais, advogados (não ligado à instituição para evitar eventual conflito de interesses), psicólogos, eticistas, representantes do hospital, representantes da comunidade, representantes religiosos, etc.

A primeira sugestão de criação de comitês de ética em hospitais, publicada em periódicos científicos, foi feita pela pediatra Karen Teel, que apresentou uma proposta para auxiliar médicos a tomarem decisões a partir de instâncias colegiadas que auxiliariam em condutas clínicas individuais e específicas, não previstas em códigos deontológicos (VEAKH,1998).

Os anos 1960 e 1970 foram marcados, assim, por debates públicos e críticas para os problemas em torno da ética, assistência em saúde, o uso de novas tecnologias, bem como pela estruturação dos primeiros comitês de bioética clínica e de outras instâncias de análise e deliberação de ética em pesquisa, em diversos países e fortemente nos EUA, o que contribuiu para a institucionalização da bioética e sua consolidação acadêmica (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Na formação dos comitês de bioéticas nos EUA, destacam-se os casos judiciais paradigmáticos que atingiram as esferas de opinião pública, que por outro lado, apresentaram o desacordo entre os avanços na saúde e a decorrência dos conflitos em torno das condutas indicadas em casos clínicos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

De acordo com os estudos da Comissão Presidencial Americana para o Estudo de Problemas Éticos na Medicina e na Pesquisa Biomédica e Comportamental dos Estados Unidos (EUA), citado por Ribas-Ribas (2006), em 1983, apenas 1% dos hospitais obtinham comissões de éticas em suas instituições. Em 1992, o Manual de Acreditação para Hospitais da *Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations*, tornou-se um dos critérios de qualidade e de credenciamento e, com isso, de 1% em 1983, saltou para 60% em 1989 e 93% nos anos de 2000.

No Brasil, a primeira instituição dessa natureza foi o Comitê de Bioética Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que foi seguido de alguns outros

CBH na região sul e sudeste do país. De acordo com Francisconi, Goldim e Lopes (2002), com a implantação do Comitê de Bioética em Porto Alegre foi possível perceber o envolvimento da comunidade médica e acadêmica institucional nos Hospitais. Para a consolidação dessas experiências iniciais, foi fundamental o papel dos gestores e lideranças das instituições para estimular os membros integrantes na capacitação e no aperfeiçoamento em bioética.

A respeito da formação dos membros dos CBH, segundo Vidal (2007), para o desenvolvimento das funções e a própria formação teórica dos membros do comitê se faz necessário uma capacitação na temática de maneira consciente e responsável devido ao impacto que suas recomendações podem refletir na vida, na saúde e no bem-estar de muitos indivíduos.

Embora os Comitês de Bioética Hospitalar sejam recentes, na história da relação médico-paciente, é possível perceber que a implantação efetiva e atuante de um CBH, em uma instituição hospitalar, contribui para priorizar a vida e o bem-estar de muitos indivíduos e da coletividade. A partir de decisões pertinentes a casos críticos e complexos, a tomada de decisão e intervenção favorece o prognóstico dos pacientes, evitando o conjunto de sofrimento e queda na qualidade de vida de pacientes, familiares, profissionais da saúde e da sociedade como um todo.

Vale ressaltar que, a assistência a pacientes de risco de morte hospitalizada necessita, por vezes, de tomada de decisões complexas, com grandes probabilidades de conflitos éticos que suplantam a estrita decisão clínica (VIDAL, 2007).

Nos últimos anos, para que a bioética cumpra sua função pragmática no contexto institucional dos hospitais, foram preconizadas duas abordagens distintas: os comitês colegiados de bioética, propriamente, e os consultores individuais. A American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) propõe modelo junto ou formado por precisas equipes, sendo o *topmodel* de comitê o mais contínuo. Esses modelos atingem seus objetivos mediante três atividades: coordenação de programas de educação em ética, inclusive a formação dos próprios membros do comitê; auxílio no desenvolvimento de políticas institucionais que definem o posicionamento ético da unidade de saúde ante determinadas situações e; consultas em casos individuais, nos quais se busca a identificação das questões morais e possíveis conflitos que o caso suscite.

Em 1990, foram apresentados quatro modelos de consulta em ética clínica, com suas vantagens e desvantagens:

- e) Modelo puro de comitê – o solicitante, que pode ser um familiar ou o profissional, apresenta o caso à comissão e esta discute e faz suas recomendações; Implantação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades
- f) Membro do comitê como consultor – o pedido é feito ao comitê, que designa um de seus membros para analisar o caso. Os resultados da análise são apresentados ao comitê, que os discute e faz recomendações;
- g) Comitê de análise pós fato – o pedido é feito diretamente ao consultor, que analisa e faz as recomendações. O caso é posteriormente analisado por um comitê;
- h) Modelo puro de consulta – o pedido é feito diretamente ao consultor, que analisa e faz recomendações, sem que estas sejam analisadas posteriormente pelo comitê (SINGER et al, 1990, p.107-108).

Em termos de vantagens, a característica de puro de comitê contribui maior consenso institucional e encosto às recomendações. Por sua vez, os modelos que combinam as estratégias de representantes e o consultor secreto garantem discussão mais dilatada e maior controle das transparências.

Não deve ser estabelecido, *a priori*, um modelo rígido para todos os CBH, pois cada um se aplica de acordo com as situações sociais, econômicas e culturais diversas, ao mesmo tempo, em que deve se garantir um cuidado ético e buscar na prática científica, mas, especialmente, nas ciências da vida e da saúde.

Francisconi, Goldim e Lopes (2002) sintetizam a discussão ao afirmarem que um comitê de bioética possui tríplice função: educativa, consultiva e normativa, com avaliação e discussão de questões e dilemas morais com origem na prática e procedimentos no âmbito da instituição, com vistas ao melhoramento do atendimento ofertado. Destaca-se que o comitê de bioética difere de outras comissões de ética que igualmente atuam nas instituições de saúde, como as Comissões de Ética e Deontologia Médica e as de Enfermagem, voltadas para a observação do cumprimento dos deveres profissionais de médicos e enfermeiros. Além disso, tem-se as Comissões de Ética em Pesquisa, que visam avaliar a adequação ética dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os Comitês de Bioética Hospitalar têm por finalidade refletir e avaliar questões e dilemas morais oriundos da prática e dos procedimentos realizados no âmbito da instituição. Não é sua atribuição discutir as políticas institucionais de alocação de recursos.

Os Comitês Hospitalares de Bioética (CHB) são espaços de diálogo e reflexão no âmbito interdisciplinar que, através da argumentação, aspiram chegar a consensos mínimos que reforcem a qualidade das decisões sanitárias, aproximando-se racional e razoavelmente a decisões prudentes (RIBEIRO, 2010).

Sugerem-se que os CBH devem ser constituídos por pessoas dotadas de conhecimentos e com características de sensibilidade, de moral e equilíbrio, que não sejam polêmicas ou dogmáticas (KIPPER, LOCH, FERAIS, 1998), mas deve-se “convocar todos os interessados, salvo alguns critérios de exclusão como, estar respondendo processo em conselho profissional, a processo civil ou penal e/ou processo administrativo” (VIDAL, 2007).

Considerando a necessidade de ampliar a compreensão sobre a institucionalização e o funcionamento de Comitês de Bioética Hospitalares este trabalho propõe uma análise sobre as possíveis dificuldades para sua implementação a partir de uma leitura crítica de seus antecedentes históricos e de experiências relatadas na literatura no campo da bioética.

Comitê de Bioética Hospitalar: antecedentes e características

Novos procedimentos e tratamentos hospitalares devem proporcionar benefícios individuais e coletivos à saúde, legitimando o desenvolvimento e os benefícios do desenvolvimento científico das últimas décadas. Entretanto, verifica-se nesse processo efeitos indesejáveis causando conflitos éticos que transpassam a dimensão moral de algumas condutas, até mesmo as contidas no Juramento de Hipócrates e nos Códigos de Ética profissionais (SIQUEIRA, *et al*; 2016).

Segundo Loch e Gauer (2010), Comitês de Bioética Hospitalares são extensões independentes em hospitais, clínicas, institutos de pesquisa ou laboratórios, nos quais profissionais de diferentes áreas do conhecimento se reúnem para debater e lidar com diversos aspectos dos setores de atividades relacionados à vida e à saúde das pessoas. O principal objetivo entre os membros de um Comitê de Bioética Hospitalar é refletir, analisar questões com conflitos éticos que se apresentam na prática clínica da instituição de saúde de modo interdisciplinar, considerando, mas não se restringindo, aos códigos deontológicos das profissões (KAWAMURA, 2012).

Gracia (2004) destaca que o Comitê de Bioética Hospitalar deve ser um 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 Comitê de Bioética Hospitalar podem ser de caráter consultivo, normativo e educativo. São elas: 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; redigir e submeter à apreciação da direção da instituição diretrizes e normas a respeito da proteção às pessoas (pacientes, profissionais e membros da comunidade); exercer função educativa em relação à comunidade interna e externa sobre a dimensão moral do exercício das profissões de saúde (KIPPER, 2013).

O Comitê de Bioética Hospitalar deve ter composição multidisciplinar, com membros que apresentem 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 (KIPPER, LOCK, GAUER; 2008; MARINHO, *et al*; 2014).

Participantes dos CBH podem ser profissionais de saúde e de outras áreas – como teologia, direito e filosofia – além de representantes dos usuários e da comunidade (MARINHO, *et al*; 2014).

De acordo com Ribeiro (2010), para a implantação de um CBH deve-se seguir alguns passos, conforme descritos abaixo:

Quadro 3: Passos de implantação de Comitê de Bioética

Sequência		
Primeiro Passo	Análise da Instituição de Saúde	Esta deve compreender o estudo da situação da instituição no que diz respeito à estrutura física, tipo de atendimento prestado, características dos pacientes atendidos, dos profissionais de saúde etc. Outros itens devem ser checados como existência de comissões de ética profissionais, de comissões de usuários etc.
Segundo Passo	Determinação dos objetivos	Após o estudo da unidade, devem-se formular os objetivos para a implantação do CHB tendo como base o estudo realizado, incluindo características do comitê a ser implantado e o tempo necessário para a implantação.
Terceiro Passo	Identificação das atividades	Para a implantação do comitê se necessita de: 1. Esclarecer e sensibilizar a direção do hospital da necessidade do comitê. 2. Formar um grupo de profissionais que tenham interesse em Bioética, para estudar, avaliar e implantar o comitê. Este grupo deve ter em torno de dez a quinze pessoas, incluindo profissionais de

Quadro 3 (continuação): Passos de implantação de Comitê de Bioética

		<p>diferentes categorias que atuam no hospital além de representantes dos usuários e da sociedade se possível</p> <p>3. Fazer reuniões periódicas do grupo de acordo com o consenso a se estabelecer na primeira reunião.</p> <p>4. Estabelecer um plano de ação para a implantação com o grupo, que deve conter além de outros:</p> <p>a. pesquisa sobre os conflitos éticos mais frequentes na Instituição de Saúde.</p> <p>b. pesquisa sobre a percepção dos profissionais frente à Bioética.</p> <p>c. análise de casos anteriores nos quais foram detectados conflitos éticos, para servir de modelos para os casos futuros.</p> <p>d. capacitação em Bioética com base nas pesquisas realizadas, incluindo curso com enfoque em CBH, cursos de formação para os seus membros e para os outros profissionais, para médicos residentes, estudantes da área da saúde, acompanhantes e outros frequentadores do hospital na medida da necessidade.</p>
Quarto Passo	Preparação das condições e recursos para a instalação do comitê.	Deve-se garantir uma estrutura mínima com sala para reuniões, computador, impressora, mesa, cadeiras, telefone e material de consumo como papel, tinta, canetas etc.
Quinto Passo	Definição do tempo e responsáveis	A implantação deve se processar em um período de tempo determinado, com as atividades já especificadas acima organizadas de modo cronológico, com determinação de responsáveis para cada tarefa e com avaliações periódicas do plano, culminando com a finalização da implantação estando o CBH apto para levar a cabo seus objetivos.

Fonte: adaptado de Ribeiro, 2010

O Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil, incentiva a criação e o funcionamento de CB, assim como a participação dos médicos em sua composição, abrangendo a tarefa educativa, de revisão ou proposta de documentos, não se limitando apenas a questões de deliberação moral (SIQUEIRA, *et al*; 2016).

Destaca-se que o CBH não interfere nas condutas médicas, apenas discute sobre questões éticas com envolvimento entre pacientes, familiares e profissionais envolvidos. A principal função é proteger os direitos e o bem-estar dos pacientes.

Algumas das situações em que isto possa ser necessário são: renúncia ao tratamento de suporte de vida, ordem de não reanimar, avaliar diretivas antecipadas, avaliar a capacidade de tomada de decisão do paciente e analisar questões sobre conflitos éticos e financeiros (SIQUEIRA *et al*, 2016, p. 285 *apud* LUNA, BERTOMEU; 1998)

O CBH, para alguns médicos, pode favorecer quanto a tomada de decisão, junto à equipe profissionais, no qual identificam e resolvem os problemas éticos de pacientes em fase final de vida, ou casos clínicos de cuidado que geram dúvidas de

condutas ou com valores divergentes. Assim como é válido lembrar que a ética médica integra a base da bioética, ou seja, ela não se equilibra sem a participação da ética e, portanto, os CB não apresentariam eficácia sem a participação de profissionais da medicina (FERNANDEZ, 2007).

Uma consulta ética pode diminuir para a instituição a responsabilidade de exposição, auxílio na gestão de risco, melhoria na qualidade de atendimentos e propósitos futuros de ajudar a suprir critérios de avaliação para acreditação hospitalar. Para os pacientes, a consulta auxilia a comunicação entre o paciente, médicos, familiares ou quando apresenta dúvidas quanto à tomada de decisão, como sedação e cuidados paliativos perto do fim da vida (SIQUEIRA, *et al*; 2016).

A UNESCO e a Organização Mundial da saúde (OMS) têm em seus Comitês de Bioética Institucionais a atuação de um importante mecanismo no apoio às decisões clínicas e educacionais no contexto da bioética. Com manuais e guias específicos, no qual disponibiliza apoio aos países, em hospitais e instituições interessadas em sua implantação (SIQUEIRA, *et al*; 2016).

No quadro abaixo, são apresentados critérios de consulta de casos clínicos como protocolo operacional padrão para revisão bioética de um paciente proposto pela Unesco em 2006:

Quadro 4: Passos parciais a serem seguidos após uma reunião do comitê de ética do cuidado.

1	Determine os fatos clínicos e psicossociais do caso	a) Diagnóstico do paciente e lista de problemas; b) Prognóstico do paciente; c) Opções de tratamento; d) Políticas, práticas e regulamentos da instituição relevantes para o caso; e) Exploração de casos semelhantes abordados no passado.
2	Identifique as perspectivas das principais partes interessadas	a) Determinar se alguma foi sujeita a coação; b) Determinar os valores e preferências do paciente no contexto específico da atenção à saúde; c) Esclarecer as contribuições dos tomadores de decisão denominados de acordo com a lei; d) Organizar a equipe de atendimento e examinar a situação do paciente.
3	Formule questões e dilemas bioéticos;	
4	Liste os possíveis benefícios de curto e longo prazo e os possíveis riscos para o paciente;	
5	Esforçar-se para alcançar consenso por meio de compromisso quando o	a) Passos a seguir b) Procedimentos para comunicar conselhos, recomendações ou decisões;

Quadro 4 (continuação): Passos parciais a serem seguidos após uma reunião do comitê de ética do cuidado.

<p>consenso total não for alcançado. Estabelecer um plano de implantação</p> <p>6 Monitore o efeito do plano no paciente e revise-o, se necessário;</p> <p>7 Avaliar os procedimentos de revisão de caso</p> <p>8 Estabeleça um arquivo de revisão de caso para referência futura.</p>	<p>c) Procedimentos para documentar conselhos, recomendações ou decisões (histórico médico e prontuário médico do paciente)</p> <p>a) Listar os procedimentos e políticas que precisam ser revisados</p> <p>b) Organizar a apresentação do caso, como parte da educação continuada do pessoal de bioética;</p> <p>c) Solicitar às partes interessadas que avaliem o processo de revisão.</p>
---	--

Fonte: UNESCO (2006)

Comitê de Bioética Hospitalar: ancoragens teóricas

Entende-se que para a garantia da funcionalidade de um Comitê de Bioética Hospitalar os preceitos e as fundamentações teóricas da Bioética fortalecem as condutas e atribuições destes órgãos, evidenciando a pragmática composição de um comitê.

Para Beauchamp e Childress (2002), representantes da chamada corrente principialista, os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência e o da justiça são princípios que sustentam a bioética. Os citados autores acreditam que a decisão moral deve ser tomada após uma "deliberação" competente. "Deliberação é basicamente uma tentativa por um indivíduo ou um grupo para resolver um problema de desenvolvimento e avaliação de suas crenças, a fim de tomar uma decisão (...) Enquanto deliberar, geralmente consideramos que um dos possíveis cursos de ação" é moralmente justificado.

Segundo Beauchamp e Childress (2002), três condições determinam a competência necessária a qualquer deliberação: 1) capacidade de realizar escolhas baseadas em critérios racionais; 2) capacidade de chegar a resultados razoáveis por meio de decisões; 3) capacidade de tomar decisão.

Tratando-se de ato permissivo cabe refletir minuciosamente sobre os itens, pois remetem diretamente às escolhas que podem ser individuais, pessoais ou tomar decisões que geram resultados para e por outras pessoas. A esse respeito, Engelhardt, outro representante da linha principialista, acrescenta que:

Não se pode simplesmente decidir baseando-se nas consequências, para as quais suportaríamos verdadeiras as coisas a serem provadas. Necessita-se conhecer, ordenar ou comparar consequências, incluindo-se consequências presentes versus futuras (ENGELHARDT Jr., 1996, p. 46).

Além do ato e da capacidade de tomar decisão, ainda tem o respeito pela autonomia de uma pessoa que não deve chegar ao ponto de ferir o outro. O respeito vai até o momento em que o sujeito não age contra este contrato, como seria o caso de pesquisas envolvendo seres humanos sem seu consentimento, ou até mesmo a doação de órgãos que precisa que alguém autorize o processo.

Ninguém pode realizar esses atos sem consentimento dos sujeitos pesquisados, caso contrário estaria ferindo o princípio da permissão. “O indivíduo que viola o princípio da permissão é colocado fora da comunidade pacífica” (ENGELHARDT Jr., 1996, p. 109).

Outra corrente que pode auxiliar na estruturação e na tomada de decisões de CBH vem da escola latino-americana de bioética. De acordo com Schramm (2006), por exemplo, a Bioética da Proteção tem como foco principal, proteger os indivíduos vulneráveis e excluídos, definido como ética da responsabilidade, na qual tem um princípio essencial para as questões morais abordadas pela ética, protegendo o indivíduo de qualquer situação ou ameaça externa prejudicando sua integridade.

Sendo assim, a Bioética da Proteção torna-se um instrumento para refletir conflitos morais dentro de um Comitê de Bioética Hospitalar e baseado nos seus princípios a padronização das consultas éticas.

De acordo com Dupuy (2005), a Bioética da Proteção vem à frente do mundo globalizado, sugada por uma sinergia catastrófica, com causas e efeitos, onde nos responsabilizamos por tudo aquilo que ainda iremos passar. Ainda denota uma realidade complexa, tanto do ponto de vista dos problemas reais que deve enfrentar como daquele das ferramentas conceituais e pragmáticas dos quais deve lançar mão para tentar resolvê-los.

Pertinentemente, a Bioética da Proteção se aplica a qualquer paciente moral que não possa se defender sozinho ou agir autonomamente por alguma razão independente de sua vontade e suas capacidades. Definição estrita dessa proposta, enunciada, inicialmente, para enfrentar os conflitos morais que surgem em saúde pública nos países em desenvolvimento (SCHRAMM, 2006).

Arreguy e Schramm (2005) definem a proteção como critério essencial nas

questões morais, aproximadas pela bioética, na área de saúde pública. Ainda defendem que a Bioética da Proteção, pode ser um critério, suficiente para garantia de uma sobrevivência básica e digna.

Diante disso, a intenção seria priorizar os vulnerados e buscar respeitar o princípio de justiça, aplicar a equidade como condição indispensável em atingir a igualdade perante o próximo.

Seguidos pelos dilemas éticos, como princípios de beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e dignidade da natureza humana, para tratar como fim e não como meio, mediante os valores sociais, éticos e critérios técnicos, a Bioética da Proteção acredita que há uma desigualdade que fere a estrutura social, preocupa-se com as restrições, limitações, aumento de suscetibilidade, falta de autonomia à população.

Fortes (2003), ressalta a trajetória da bioética quando menciona em uma de suas obras, que a união dos conhecimentos da biologia e da ética em um só campo, pode emergir a humanidade a uma participação racional e prudente.

Nesse contexto, a ética do cuidado surge como outra importante fundamentação teórica para auxiliar na estruturação e funcionamento dos CBH, uma vez que aponta para a necessidade de se refletir acerca de como o ato relacional do cuidar do outro vem sendo propagado, mais especificamente, nos ambientes de assistência em saúde, frente às inovações no campo da saúde, avanços tecnocientíficos, formação tecnicista e excesso de protocolos inseridos nesses espaços (ZOBOLI, 2004).

Torralba-Roselló (2009) aponta que, além da perspectiva antropológica, o cuidado está permeado de desafios que envolvem o caráter ético e virtuoso existentes na relação com o outro:

Além de uma Antropologia do cuidar existe, e modo explícito ou implícito, uma Ética do Cuidado, cujo o fim é regular eticamente a ação de cuidar, ou seja, analisar sob uma perspectiva racional e crítica o que significa cuidar de modo virtuoso. A ação de cuidar delinea graves e profundos desafios de caráter ético, de onde é absolutamente necessário refletir em torno de categorias como: liberdade, intimidade, justiça e bem. A ação do cuidar deve se desenvolver dentro de vias éticas para alcançar seu grau de excelência (TORRALBA-ROSELLÓ, 2009, p.161).

Ainda Torralba-Roselló (2009, p.147), corrobora que o cuidar é visto como uma arte que necessita harmonizar três pontos relevantes: a técnica, a intuição e a sensibilidade. Sendo que a sensibilidade pode ser estética ou ética, sendo a última

relacionada ao ser sensível para fazer o bem. Enfatiza que o processo de cuidar deve se desenvolver pelo elemento linguístico, ou seja, pelo diálogo, pois é nele que se dá a interação e se concretiza o reconhecimento de outro.

No processo de cuidar, o diálogo é consubstancial. Ou seja, é condição para o desenvolvimento adequado da ação de cuidar. Um cuidado monológico, ou seja, no qual somente um articula palavras e o outro é completamente passivo que se limita a receber determinados vocábulos que decodifica, desemboca em uma má práxis dos cuidados. O cuidado pressupõe capacidade dialógica, pressupõe capacidade de articular palavras e de recebê-las, e, simultaneamente, requer a conversão contínua de emissor em receptor e de receptor em emissor.

Com o surgimento dos avanços tecnológicos, incorporados à vida humana, os profissionais devem estar preparados além das habilidades humanas e técnicas, e através deste contexto acaba adquirindo um significado ético.

Jonas (2006) relata que o avanço ocasionou uma predominância do “*homo faber sobre o homo sapiens*”, sendo o homem atual cada vez mais produtor daquilo que produziu.

O avanço tecnológico, na área da medicina, trouxe a perspectiva econômica. Cortina (2016) destaca que é ir contra a razão instrumental e sobressair o cuidar com o outro:

Por isso é necessário praticar a crítica da ideologia que conduz a razão instrumental e coloca nas mãos da razão prática o uso dos avanços e conhecimentos, mas uma razão prática o uso dos avanços e conhecimentos, mas uma razão prática enraizada na capacidade de cuidar, cooperar e trabalhar para os outros, capaz de apreciar aos seres que valem por si mesmos e se comprometer com eles Cortina (2016, p.9).

A Ética do Cuidado atua, assim, como instrumento de reflexão nas ações dos serviços de saúde. Traz a reflexão sobre o cuidado, das experiências éticas no seu dia-a-dia, enfatiza a ação contínua com os diversos níveis de responsabilidades, científicas e humanas (BUZQUIA, 2017).

Finalmente, Zoboli (2010) acrescenta que a ética do cuidado já percorre por ambientes de cordialidade e reconhecimento da intersubjetividade e que todos são corresponsáveis pela produção de saúde, relata ainda que o ato de cuidar deve ser transformador e associado com a técnica da empatia, compaixão e a solidariedade, e isto deve ser incorporado nos Comitês de Bioética Hospitalares.

Em termos normativos, é importante destacar também as disposições da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005), que

recomenda o trabalho e apoio aos comitês institucionais, tanto para avaliar os disfuncionamentos éticos, jurídicos, científicos e sociais relevantes no que se narra aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos como para dar perspectivas sobre os problemas éticos em contextos clínicos (UNESCO, 2005).

Desafios na implementação dos Comitês de Bioética Hospitalar

De acordo com Siqueira et. al (2016), uma consulta ética pode diminuir para a instituição a responsabilidade de exposição, auxílio na gestão de risco, melhoria na qualidade de atendimentos e propósitos futuros de ajudar a suprir critérios de avaliação para acreditação hospitalar. Para os pacientes, a consulta ao comitê auxilia a comunicação entre o paciente, médicos, familiares, ou quando apresenta dúvidas quanto à tomada de decisão, como sedação e cuidados paliativos perto do fim da vida.

Em hospitais nos Estados Unidos, os comitês de ética institucionais tornaram-se um veículo padrão para a educação dos profissionais de saúde sobre ética biomédica, para a elaboração e revisão da política hospitalar e para consulta de casos de ética clínica. Atualmente, os comitês servem, principalmente, para promover a prática ética por meio de atividades como consulta de casos, educação ética às comunidades de saúde, revisão e desenvolvimento de políticas relacionadas a questões éticas no atendimento ao paciente e fornecimento de um fórum para discussão de questões ou preocupações éticas urgentes na comunidade hospitalar (MOON, 2019).

Foi realizada em vários hospitais escola, para consulta ética em hospitais da *Harvard Medical School*, a avaliação de práticas de orientação, de qualidade da orientação dos membros dos comitês, segundo normas éticas da Sociedade Americana de Bioética e Humanidades (ZAIDI; KESSELHEIM, 2018).

Com 132 profissionais, que atuam em comitês hospitalares, 62% considerou que sua formação curricular é suficiente para tomadas de decisão, embora uma parcela significativa dos entrevistados não tenha recebido orientação sendo (24%) ou insatisfeita com a orientação (14%).

Nesta pesquisa, identificaram que métodos pedagógicos ajudam a melhorar a satisfação dos membros com a orientação e a preparação para tomada de

decisão. Nesta amostra, os materiais educacionais oferecidos durante a orientação foram 50% leituras, 41% estudos de caso e 19% vídeos.

No Canadá houve um crescente reconhecimento da prevalência de questões éticas nos cuidados clínicos, desde os anos 1980, porém, nos últimos anos, essa demanda ampliou e, em alguns casos, essas estruturas podem funcionar em conjunto com um comitê de ética, mas em outros casos podem substituir os comitês de ética com equipes externas e internas para deliberação das condições necessárias (BRESLIN, 2017).

Com a intenção de analisar e sistematizar a experiência do Comitê de Bioética de um Hospital público de São Paulo, sudeste do Brasil, Oliveira (2017) e colaboradores analisaram os participantes do comitê em relação a 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. Por isso, o estudo 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.

Para isso, os autores salientam que os princípios básicos para um adequado funcionamento dos comitês de bioética sejam a “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” (OLIVEIRA et al. 2017, p.346).

Uma pesquisa realizada no continente africano, mostrou que o desenvolvimento da bioética e da ética, na investigação científica, é relativamente incipiente, mas vem crescendo o interesse público pelo tema. Trata-se de uma experiência da Faculdade de Medicina de Malanje, em Angola, e da criação o Comitê de Bioética em Pesquisa. No entanto, há demandas de ações governamentais de países das redes em Bioética na América Latina e Caribe para efetivar a cooperação estabelecida sul-sul.

Com o objetivo de determinar a situação dos comitês de Bioética clínico-assistencial, nas instituições de saúde na Costa Atlântica da Colômbia, Carrillo-

Gonzalez (2019) e colaboradores selecionaram 26 instituições de saúde que assumem, na sua maioria, a denominação de Comitê de Ética Hospitalar. Nesta pesquisa eles perceberam que somente a metade tem equipe capacitada em Ética ou Bioética; a função que mais se destaca é a educação em aspectos éticos; contudo, na mesma porcentagem, há comitês que se dispersam na opinião ao não ter clara sua funcionalidade.

Para Rabadán e Tripodoro (2017), considera-se um dilema bioético quando, no processo de tomada de decisão em questões de saúde, há alguma tensão entre os princípios éticos. Pode acontecer que, na ausência de reflexão, a resolução de problemas complexos que não sejam estritamente um dilema seja transferida para um Comitê de Bioética Assistiva. As autoras trabalham com a condução dos conflitos éticos, frente a tomada de decisão, com a possibilidade de o método deliberativo resolver os possíveis dilemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que as instituições de saúde devem oferecer à comunidade de pacientes e aos profissionais, o suporte e apoio para as tomadas de decisões, na garantia de oferecer uma conduta eticamente adequada no cuidado. Todavia, sobretudo no Brasil, onde há uma incipiente institucionalização, os Comitês de Bioética Hospitalares podem ocasionar estranheza e resistência.

Por isso, os Comitês de Bioética Hospitalares devem ser compreendidos em sua função de apoio – e não de substituição – às tomadas de decisões, com objetivo de auxiliar os profissionais, pacientes e familiares a fazer as melhores escolhas no percurso do tratamento.

Ao se propor como instância de auxílio às tomadas de decisões, os Comitês de Bioética Hospitalares devem estar comprometidos com o melhor interesse dos pacientes, buscando, por meio de processos deliberativos, auxiliar na comunicação com profissionais, pacientes e familiares.

A superação dos desafios para a implantação Comitê de Bioética Hospitalares passa por uma mudança mais ampla de paradigma nas relações clínicas, onde o paciente e eu seus familiares passam a ter protagonismo na tomada de decisões que impactam a saúde.

A análise desta investigação exploratória da literatura evidencia a necessidade de ampliação do conhecimento, por toda a estrutura hospitalar, do campo da bioética como uma forma de reduzir ou superar barreiras que uma proposta desta natureza possa causar entre as equipes clínicas e administrativas. Os Comitês de Bioética Hospitalares não devem ser compreendidos como instâncias de avaliação e sanção de práticas profissionais, nem como indicadores para tomadas de decisões unilaterais, mas como espaços colegiados, interprofissionalismo e interdisciplinares que, por meio de práticas deliberativas, podem apoiar os profissionais e as instituições a tomarem decisões eticamente adequadas que repercutirão no melhor benefício dos pacientes, dos familiares e de toda a comunidade hospitalar.

Recomenda-se, por isso, o aprofundamento de estudos e a divulgação de relatos da experiência de Comitês de Bioética Hospitalares, buscando aprimorar esse importante recurso institucional que contribui para o aperfeiçoamento dos profissionais do hospital e, sobretudo, da qualidade da assistência prestada aos pacientes e à comunidade como um todo.

REFERÊNCIAS

ARREGUY, E. E. M.; SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2005; 51(2): 117-123.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BONAMIGO, Elcio Luiz. **Manual de Bioética Teoria e prática**. Joaçaba: All Print Editora, 2011.

BRESLIN, Jonathan. A Survey of Hospital Ethics Structures in Ontario. **Healthc Q**. 2017; 20(2): 27-30.

BUZQUIA, Sabrina Pontes. **Ética do Cuidado e Bioética de Proteção como base para uma implementação da Política Nacional de Humanização: Uma Revisão Interativa**. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Escola de Ciências da Vida: Programa de Pós-graduação em Bioética. Curitiba, 2017.

CARRILLO-GONZALEZ, S.; LORDUY-GOMEZ, J.; MUNOZ-BALDIRIS, R. Comitês de bioética clínico-asistencial en las instituciones de salud públicas y privadas de los niveles de mediana y alta complejidad de las ciudades de la Costa Atlántica de Colombia. **Pers. bioét.** 2019; vol.23, n.1: pp.122-136.

CORTINA, Adela. Bioética para el siglo XXI: construyendo esperanza. **Revista Iberoamericana de Bioética**. n. 1, p. 1-12, 2016.

DUPUY, J. P. **Petite métaphysique des tsunamis**. Paris: Seuil, 2005, p. 9.

ENGELHARDT Jr., H. T. **The foundations of bioethics**. New York: Oxford University Press, 1996.

FERNANDEZ, J. A. D. **Los comités nacionales de bioética: legislación internacional y regulación em la nueva ley sobre investgacion biomédica**. Granada: Comares, 2007.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: FORTES; Paulo Antônio Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2003.

FRANCISCONI, C.F.; GOLDIM, J.R.; LOPES, M.H.I. O papel dos Comitês de Bioética na Humanização da Assistência à Saúde. **Revista Bioética**. 2002; v. 10, n. 2: p. 147-157.

GRACIA, D. **La deliberación moral: el método de la ética clínica**. In: Gracia D, Júdez J, coordinadores. **Ética en la práctica clínica**. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud. 2004: p. 21-32.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Rio de Janeiro: Contraponto; Editora da PUC-Rio, 2006.

KAWAMURA, K. Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades. **Rev. bioét.** (Impr.). 2012; 20(1): 140-9.

KIPPER, D.J. Comitês de bioética institucionais: existe a necessidade de uma nova agenda? **Revista da AMRIGS**. 2013; 57(1): 78-81.

KIPPER, D.; LOCH, J. Á.; FERAIS, N. M. A Experiência do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, do Comitê de Bioética do Hospital São Lucas e da Faculdade de Medicina da PUCRS. **Bioética**. 1998; 6 (2):205–209.

KIPPER, D. J.; LOCK, J. Á.; GAUER, G.J.C. Comitês institucionais de bioética. In: Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ, coordenadores. **Bioética clínica**. São Paulo: Gaia, 2008, p. 197-207.

KOTTOW, M. The vulnerable and the susceptible. **Bioethics**, 17(5):460-71, 2003.

LUNA, F.; BERTOMEU, M. J. Comitês de ética en la Argentina. **Bioética**, v. 6, n. 2, p. 183-7, 1998.

LOCH, J. A.; GAUER, G. J. C. Comitês de bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. **Revista AMRIGS**. 2010; 54(1):100-104.

MARINHO, S.; et al. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. **Rev. bioét.** 2014; 22(1):105-15.

MOON M, AAP COMMITTEE ON BIOETHICS. Institutional Ethics Committees. **Pediatrics**. 2019; 143(5):e 20190659.

OLIVEIRA, Maridite Cristóvão Gomes de; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. A experiência do comitê de bioética de um hospital público. **Rev. Bioét**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 338-347, Aug. 2017.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, CP. **Problemas atuais de bioética**. 6 ed. São Paulo: Loyola; 2002.

RABADÁN, Alejandra T; TRIPODORO, Vilma A. ¿Cuándo acudir al comité de bioética institucional?: El método deliberativo para resolver posibles dilemas. **Medicina (B. Aires)**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017; v. 77, n. 6: p. 486-490.

REGO, S; PALÁCIOS, M; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

RIBAS-RIBAS, S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento. **Med Clin**. 2006;126(2):60-6.

RIBEIRO, A. M. Implantando um comitê hospitalar de bioética. **Rev Saúde Criança**. 2010;2(1):32-5.

SCHRAMM, F. R. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**. [S.l.].2006; v.2, n.2: p.187-200.

SINGER, PA; PELLEGRINO, ED; SIEGLER, M. Ethics committees and consultants. **J Clin Ethics**.1990; (4):263-7.

SIQUEIRA, J. E.; et al. **Bioética Clínica: Memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética** / Organização de José Eduardo Siqueira, Elma Zoboli, Mário Sanches, Leo Pessini. Brasília: CFM/SBB; 2016.

TORRALBA ROSELLÓ, Francesc. **Antropologia do Cuidar**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

UNESCO. Guia nº 1 – **Creación de comités de bioética**. París: Francia. 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/funcionamentocomitebioetica>>. Acesso 13 de junho de 2019.

UNESCO. Guia nº 2 – **Funcionamento de los comités de bioética: procedimientos y políticas**. París: Francia. 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/funcionamentocomitebioetica>>. Acesso 10 de junho de 2019.

VEAKH, RM. As comissões de ética hospitalar ainda têm função? **Bioética**, 6(2):161-70, 1998.

VIDAL, S. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo III, Unidad 4. Curso de Bioética Clínica y Social; Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB). Córdoba: **RedBioética UNESCO**; 2007.

ZAIDI D, KESSELHEIM JC. Avaliação das práticas de orientação para consultoria de ética em hospitais afiliados à Harvard Medical School. **J Med Ethics**. 2018 02; 44 (2): 91-96.

ZOBOLI, E. L. C. P. Intersubjetividade e cuidado. In: Pessini, Leo; Siqueira, José Eduardo; Hossne Willian Saad, organizadores. **Bioética em tempos de incertezas**. São Paulo: Loyola; 2010, p. 357-74.

ZOBOLI, E.L.C.P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, 2004; v. 38, n.1: p. 21-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun 2020.

CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando sentimos na pele as dificuldades ou o enfrentamento de questões éticas mediante os familiares ou a nós mesmos, não sabemos que atitudes tomar mediante tal situação. O não conhecimento ético para alguns pacientes e familiares, impede, por vezes, a tomada de decisão mais correta ou assertiva. Assim ocorre com profissionais de saúde, que precisam de suporte para tais enfrentamentos.

Assim, a proposta deste projeto foi enfrentar o desconhecido, calcado em estudos e pesquisas que norteiam a implantação do órgão consultivo, normativo e deliberativo a fim de articular, de maneira ética, a aplicação de suas funções e atribuições planejadas.

Entendemos que uma instituição de saúde pode e deve oferecer a comunidade e aos colaboradores suporte e apoio para tais asserções, na garantia de proporcionar ao outro, uma conduta ética e moral. Os comitês de bioética, ainda pouco conhecido pelos profissionais de saúde, ocasionam estranheza e receio do novo, por não terem conhecimento das suas tarefas e atuações. O conceito de um CB é refletir da forma mais centrada e justa, além de auxiliar os envolvidos na melhor tomada de decisão.

O CB defende o direito dos pacientes, interação com os profissionais, apoio emocional a todos envolvidos e, o mais importante, o compartilhamento de responsabilidades. Este estudo evidenciou que precisamos, ainda, trabalhar o conceito de bioética nas instituições hospitalares e, sobretudo, nas instituições de ensino, tornando a ética como essencial para com o próximo.

O enfrentamento para a implantação do CB, nesta instituição de saúde, nos fez refletir que ainda se faz necessário discutir os enfrentamentos éticos, ainda mais, aceitar a proposta da quebra de paradigmas para iniciar um processo de melhorias de condutas clínicas e éticas. É como se fosse oferecer ao próximo uma melhoria de vida, mas ele não aceita porque não conhece e não quer conhecer.

Além disso, a proposta de novas pesquisas, nesse campo, em consonância com outros relatos de experiência de Comitês de Bioética, com modelos assertivos implantados, daria mais subsídio para a comunidade acadêmica enfrentar as dificuldades encontradas na presente investigação.

REFERÊNCIAS

ARREGUY, E. E. M.; SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2005; 51(2): 117-123.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BERBEL, N. A. N. **O exercício da práxis por meio da metodologia da problematização: uma contribuição para a formação de profissionais da educação**. 2007. In: BEHRENS, M. A.; ENS, R. T.; VOSGERAU, D. S. R. (Org.). *Discutindo a educação na dimensão da práxis*. Curitiba: Champagnat, 2007; v. 1: p. 149-164.

BONAMIGO, Elcio Luiz. **Manual de Bioética Teoria e prática**. Joaçaba: All Print editora, 2011.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF); 2012.

BRESLIN, Jonathan. A Survey of Hospital Ethics Structures in Ontario. **Healthc Q**. 2017; 20(2): 27-30.

BUZQUIA, Sabrina Pontes. **Ética do Cuidado e Bioética de Proteção como base para uma implementação da Política Nacional de Humanização: Uma Revisão Interativa**. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Escola de Ciências da Vida: Programa de Pós-graduação em Bioética. Curitiba, 2017.

CARRILLO-GONZALEZ, S.; LORDUY-GOMEZ, J.; MUNOZ-BALDIRIS, R. Comités de bioética clínico-asistencial en las instituciones de salud públicas y privadas de los niveles de mediana y alta complejidad de las ciudades de la Costa Atlántica de Colombia. **Pers.bioét**. 2019; vol.23, n.1: pp.122-136.

COHEN C, SEGRE M. **Bioética**. 3ª ed. Rev. e Ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008: p. 17-40.

CORTINA, Adela. Bioética para el siglo XXI: construyendo esperanza. **Revista Iberoamericana de Bioética**. 2016; n. 1: p. 1-12.

COSTA, E. P.; POLITANO, P. R.; PEREIRA, N. A. Exemplo de aplicação do método de Pesquisa-ação para a solução de um problema de sistema de informação em uma empresa produtora de cana-de-açúcar. **Gest. Prod**. São Carlos, 2014; vol. 21 n. 4, Oct./Dec. Epub May 09, 2014.

DICK, B. (2003). **Como conduzir e relatar a pesquisa-ação**. In: Richardson, R. J. Pesquisa-ação. Princípios e Métodos, João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2002.

DUPUY, J. P. **Petite métaphysique des tsunamis**. Paris: Seuil, 2005: p. 9.

ENGELHARDT Jr., H. T. **The foundations of bioethics**. New York: Oxford University Press, 1996.

FERNANDEZ, J. A. D. **Los comités nacionales de bioética: legislación internacional y regulación em la nueva ley sobre investigación biomédica**. Granada: Comares, 2007.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. Trad. Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 2005.

FORTES, PAC; ZOBOLI, ELCP. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: FORTES; Paulo Antônio Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2003.

FORTES PAC, ZOBOLI ELCP, SPINETTI SR. Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência. **Rev Saúde Pública**. 2001;35(5):451-455.

FORTES PAC. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. **Rev. Assoc. Med. Bras**. 2002;48(2):129-134.

FRANCISCONI, C.F.; GOLDIM, J.R.; LOPES, M.H.I. O papel dos Comitês de Bioética na Humanização da Assistência à Saúde. **Revista Bioética**. 2002; v. 10, n. 2: p. 147-157.

GILLIGAN, C. **Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GOLDIM, J. R.; FRANCISCONI, C.F. Os Comitês de Ética Hospitalar. **Bioética**, 1998; 6 (2): 149-156. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/biocomrt.htm>>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

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.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Rio de Janeiro: Contraponto; Editora da PUC-Rio, 2006.

KAWAMURA, K. Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades. **Rev. bioét.** (Impr.).2012;20(1):140-149.

KIPPER, D.J. Comitês de bioética institucionais: existe a necessidade de uma nova agenda? **Revista AMRIGS**. 2013;57(1):78-81.

KIPPER, D.; LOCH, J. Á.; FERAIS, N. M. A Experiência do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, do Comitê de Bioética do Hospital São Lucas e da Faculdade de Medicina da PUCRS. **Bioética** 1998; 6 (2):205–209.

KIPPER, D. J.; LOCK, J. Á.; GAUER, G.J.C. Comitês institucionais de bioética. In: Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ, coordenadores. **Bioética clínica**. São Paulo: Gaia; 2008: p. 197-207.

KOTTOW, M. The vulnerable and the susceptible. **Bioethics**. 2003; 17(5):460-71.

KOTTOW M. Bioética y biopolítica. **Rev Brasileira de Bioética** 2005;1(2):110-21.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J.T. (Coords.). **Dicionário de Bioética**. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário, 2001.

LOCK, Jussara de Azambuja. Princípios da Bioética. Kipper DJ. (editor) **Uma Introdução à Bioética. Temas de Pediatria Nestlé**. 2002; n.73: p. 12-19.

LOCH, J. A.; GAUER, G. J. C. Comitês de bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. **Revista AMRIGS**. 2010;54(1):100-4.

LUNA, F.; BERTOMEU, M. J. Comitês de ética en la Argentina. **Bioética**, v. 6, n. 2, p. 183-7, 1998.

MARINHO, S.; et al. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. **Rev. bioét.** 2014; 22(1):105-15.

MAYER, Edson Joaquim Alfredo; CATUMBELA, Emanuel; SA, Natan Monsores de. Bioética em Angola: experiência da Faculdade de Medicina de Malanje. **Rev. Bioét.**, Brasília, 2019; vol.27, nº2: pp.261-267.

MOON M, AAP COMMITTEE ON BIOETHICS. Institutional Ethics Committees. **Pediatrics**. 2019; 143(5):e20190659.

NODDINGS, N. **Caring: a feminine approach to ethics and moral education**. Berkeley: University of California Press, 1984.

OLIVEIRA, F. **Bioética: uma face da cidadania**. São Paulo: Moderna, 2004.

OLIVEIRA, L. A.; AYRES, J. R. C. M.; ZOBOLI, E. L. C. P. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. **Interface**, Botucatu, 2011; v. 15, n. 37, p. 363-375.

OLIVEIRA RA, JORGE FILHO I. Bioética clínica: como praticá-la? **Rev Col Bras Cir.** 2010;37(3):245-246.

OLIVEIRA, M.C.G.de; OLIVEIRA, R.A.de; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. A experiência do comitê de bioética de um hospital público. **Rev. Bioét.**, Brasília, 2017; v. 25, n. 2, p. 338-347.

PEREIRA, E.C.R; SOUZA, T.C. **Bioética e Biodireito**: um estudo de caso de experiências médicas em campos de concentração nazistas durante a segunda guerra mundial. A pesquisa frente à inovação e o desenvolvimento sustentado. V Encontro Científico e Simpósio de Educação Unisalesiano, 2015.

PESSINI L. No berço da Bioética: o encontro de um credo, com um imperativo e um princípio. **Revista Colombiana de Bioética.** 2013;8(1):32-54.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, CP. **Problemas atuais de bioética.** 6 ed. São Paulo: Loyola; 2002.

PUIG, J.M. **A Construção da Personalidade Moral.** São Paulo: Editora Ática, 1998

RABADÁN, Alejandra T; TRIPODORO, Vilma A. ¿Cuándo acudir al comité de bioética institucional?: El método deliberativo para resolver posibles dilemas. **Medicina (B. Aires)**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017; v. 77, n. 6: p. 486-490.

RAMOS, D.L.P. **Bioética: pessoa e vida.** São Caetano do Sul: Difusão, 2009, 374 p.

REGO S, GOMES AP, SIQUEIRA-BATISTA F. Bioética e Humanização como temas transversais na formação médica. **Rev. bras. educ. méd.** 2008;32(4):482-491.

REGO, S; PALÁCIOS, M; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

REICH, W.T. **History of the notion of care.** Bioethics encyclopedia. 2nd ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library; 1995.

RIBAS-RIBAS, S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento. **Med Clin.** 2006;126(2):60-6.

RIBEIRO, A. M. Implantando um comitê hospitalar de bioética. **Rev Saúde Criança Adolesc.** 2010;2(1):32-5.

ROCHA, Daiane Martins. **Cuidados Paliativos e Bem-Estar no Fim da Vida: Entre Autonomia e Beneficência**. 1ª ed. Curitiba: Editora Prisma, 2014.

ROSA, D. S. BIOÉTICA: RISCOS E PROTEÇÃO. Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz; 2005. 256 pp. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(10):2253-2259, out, 2006.

SCHRAMM, F. R. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**. [S.l.], 2006; v.2,n.2:p.187-200.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**. 2001;17(4):949-56.

SINGER, PA; PELLEGRINO, ED; SIEGLER, M. Ethics committees and consultants. **J Clin Ethics**.1990;1(4):263-7.

SIQUEIRA, J. E.; **Bioética Clínica: Memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética / Organização de José Eduardo Siqueira, Elma Zoboli, Mário Sanches, Leo Pessini**. Brasília: CFM/SBB; 2016.

SIQUEIRA JE, PESSINI L, HOSSNE WS. Apresentação. In: Pessini L, Siqueira, JE, Hossne WS, organizadores. **Bioética em tempos de incertezas**. São Paulo: Edições Loyola; 2010.

THIOLLENT M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18a ed. São Paulo: Cortez; 2011.

TORRALBA ROSELLÓ, Francesc. **Antropologia do Cuidar**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

UNESCO. Guia nº 1 – **Creación de comités de bioética**. París: Francia. 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/funcionamentocomitebioetica>>. Acesso: 13 de junho de 2019.

UNESCO. Guia nº 2 – **Funcionamento de los comités de bioética: procedimientos y políticas**. París: Francia. 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/funcionamentocomitebioetica>>. Acesso:10 de junho de 2019.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Unesco; 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso: 5 set. 2020.

URBAN CA. A Bioética e a prática médica. **Jornal Vascular Brasileiro**. 2003;2(3):275-277.

VEAKH, RM. As comissões de ética hospitalar ainda têm função? **Bioética**. 1998;6(2):161-70.

VIDAL, S. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo III, Unidad 4. Curso de Bioética Clínica y Social; Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB). Córdoba: **RedBioética UNESCO**, 2007.

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.

ZOBOLI, E. L. C. P. Intersubjetividade e cuidado. In: Pessini, Leo; Siqueira, José Eduardo; Hossne Willian Saad, organizadores. **Bioética em tempos de incertezas**. São Paulo: Loyola; 2010, p. 357-74.

ANEXO 1



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que estamos de acordo com a implantação do Comitê de Bioética, na qual tem como objetivo refletir, analisar questões com conflitos éticos que se apresentam na prática clínica da instituição de saúde, seguindo que, a análise poderá transpor os códigos deontológicos das profissões sob a coordenação e responsabilidade do Presidente responsável e dos membros do colegiado, seguindo os artigos e cláusulas do Regimento Interno do órgão.

Arapongas, 06 de junho de 2019.



Assoc. Paranaense de Contábeis em Curso
CNPJ: 04.149.712/0001-92
Presidente: Umberto Tolari
CPF: 281.281-409-72

UMBERTO TOLARI
Presidente HONPAR