

POTENCIALIDADES E LIMITES DO COMITÊ DE ÉTICA HOSPITALAR E A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO: REFLEXÕES

Luciana Neves da Silva Bampi¹ 
Lydia Feito Grande² 

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Universidad Complutense de Madrid, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e História da Ciência. Madrid, Espanha.

RESUMO

Objetivo: refletir sobre a importância da participação dos enfermeiros nos Comitês de Ética Hospitalar no Brasil e os conhecimentos requeridos para essa atuação.

Método: reflexão baseada em experiência de um estágio pós-doutoral realizado no âmbito do Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e História da Ciência da Faculdade de Medicina da *Universidad Complutense de Madrid*, Madrid, Espanha.

Resultados: o Comitê de Ética Hospitalar contribui para melhoria da assistência à saúde prestada por profissionais e instituições sanitárias. O enfermeiro é partícipe fundamental, não somente por ser um profissional implicado na prática clínica, comprometido com a tomada de decisão e a atuação do paciente, mas também porque sua visão é necessária e insubstituível em um ambiente de deliberação no qual se consideram diferentes perspectivas e aproximações para resolução prudente de conflitos éticos.

Conclusão: se os enfermeiros desejam assumir posição estratégica, influenciando positivamente a qualidade do atendimento prestado, protegendo os interesses e garantindo o bem-estar dos usuários, devem assumir como urgente a necessidade de desenvolver as competências requeridas para lidar com problemas éticos no dia a dia da sua prática assistencial, aceitando a responsabilidade de participar do Comitês de Ética Hospitalar, promovendo sua criação e inserindo-se nas suas atividades.

DESCRITORES: Enfermagem. Enfermeiro. Comitês de ética clínica. Consultoria ética. Bioética.

COMO CITAR: Bampi LNS, Grande LF. Potencialidades e limites do comitê de ética hospitalar e a participação do enfermeiro: reflexões. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso ANO MÊS DIA]; 29:e20180305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0305>

POTENTIALITIES AND LIMITS OF THE CLINICAL ETHICS COMMITTEE AND NURSE PARTICIPATION: REFLECTIONS

ABSTRACT

Objective: to reflect on the importance of the participation of nurses in the Clinical Ethics Committee in Brazil and the knowledge required for this performance.

Method: reflection based on experience of a postdoctoral internship carried out within the Department of Preventive Medicine, Public Health and History of Science of the School of Medicine of *Universidad Complutense de Madrid*, Madrid, Spain.

Results: the Clinical Ethics Committee contributes to the improvement of health care provided by professionals and health institutions. The nurses are key participants, not only because they are professionals involved in the clinical practice, committed to the decision-making and the patient's performance, but also because their vision is necessary and irreplaceable in an environment of deliberation in which different perspectives and approximations for prudent resolution of ethical conflicts.

Conclusion: if the nurses want to assume a strategic position, positively influencing the quality of care provided, protecting interests and ensuring the well-being of the users, they should assume as an urgent basis the need to develop the skills required to deal with ethical problems in the day-to-day of their care practice, accepting the responsibility to participate in the Clinical Ethics Committees, promoting their creation and inserting themselves into their activities.

DESCRIPTORS: Nursing. Nurse. Clinical ethics committee Ethical consultation. Bioethics.

POTENCIALIDADES Y LÍMITES DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL Y PARTICIPACIÓN DEL ENFERMERO: REFLEXIONES

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre la importancia de la participación de los enfermeros en los Comités de Ética Asistencial en Brasil y los conocimientos requeridos para su actuación.

Método: reflexión basada en la experiencia de una pasantía post-doctoral realizada en el ámbito del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España.

Resultados: el Comité de Ética Asistencial contribuye para mejorar la asistencia a salud, prestada por los profesionales y las instituciones sanitarias. El enfermero es partícipe fundamental, no solo por ser un profesional implicado en la práctica clínica, comprometido con la toma de decisión y la actuación del paciente, sino también porque su visión es necesaria e irremplazable en un ambiente de deliberación en el cual se consideran diferentes perspectivas y aproximaciones para resolución prudente de conflictos éticos.

Conclusión: si los enfermeros pretenden asumir un rol estratégico y ejercer una influencia positiva sobre la calidad de la atención que se brinda, a fin de proteger los intereses y garantizar el bienestar de los usuarios, deben asumir como urgente la necesidad de desarrollar las competencias requeridas para lidiar con problemas éticos que surjan en su práctica asistencial cotidiana y aceptar la responsabilidad de participar en los Comités de Ética Asistencial, además de promover su creación e insertarse en sus actividades.

DESCRIPTORES: Enfermería. Enfermero. Comités de Ética Clínica. Consultora Ética. Bioética.

INTRODUÇÃO

Problemas éticos variados podem surgir no cotidiano do cuidado à saúde. São conflitos de valores morais ou de deveres éticos que fazem com que o enfermeiro, o médico ou outro membro da equipe assistencial não saiba como agir e precise de aconselhamento para que a melhor decisão seja tomada.¹ Os Comitês de Ética Hospitalar* (CEH) são colegiados independentes e multidisciplinares que assessoram os profissionais, os usuários/pacientes e seus familiares e a equipe de direção de serviços de saúde na prevenção ou na resolução de conflitos éticos gerados na prática assistencial.²⁻⁵ Os CEH são órgãos consultivos, que se encarregam de dialogar, de debater e de refletir sobre as múltiplas situações geradas pelos avanços científicos e tecnológicos na assistência à saúde.²⁻³

Os CEH apoiam e aconselham sobre questões morais e éticas envolvidas na assistência à saúde.⁵ Para realizar essa tarefa é necessário que seus membros representem os valores dos cidadãos a que se destina a assistência na instituição, principalmente como comunidade moral.⁶

Os CEH surgiram da necessidade da equipe de saúde de compartilhar decisões que afetavam a vida e a qualidade de vida dos pacientes e que representavam risco e incerteza, tanto pelos resultados imprevisíveis de determinadas terapias ou intervenções, como pela valoração de riscos e benefícios.⁷ Nasceram a partir do desejo de respeitar ao máximo a legítima autonomia do paciente e em função da coercitiva legislação de alguns países, como os Estados Unidos da América (EUA).⁷⁻⁸ Despontaram como um espaço de discussão coerente para casos difíceis, que se apresentavam na prática clínica, que envolviam conflitos de valores entre o usuário/paciente ou sua família e os profissionais de saúde ou a instituição.^{5,7} Os desacordos também ocorriam entre os membros da equipe assistencial, quando estes apresentavam valores morais e éticos diversos.⁷

Os CEH surgiram nos EUA^{2,7-8} com a ideia fortemente arraigada de proteger a autonomia do paciente.⁷ Essa motivação estava de acordo com as diretrizes legais daquele país, em relação ao consentimento informado e ao direito do paciente de não aceitar determinado tratamento, ainda que esse direito representasse a morte do sujeito.⁷ O primeiro comitê foi estabelecido em 1960, após a instalação do *Seattle Artificial Kidney Center*, em Seattle, com a finalidade de selecionar os pacientes que seriam submetidos à nova técnica de hemodiálise.^{2,7}

Ainda nessa década, em 1967, o cirurgião Christian Barnard realizou com êxito o primeiro transplante de coração, levantando o debate sobre a definição de morte.² Essa definição só foi publicada em 1968, na Revista JAMA, por meio do informe do comitê *ad hoc* da Faculdade de Medicina de Harvard e originou a formação de comitês hospitalares para decidir sobre condições de morte e as possibilidades éticas e legais para a retirada de respiradores artificiais.²

Alguns episódios particulares, Karen Ann Quinlan (1976),⁷ Baby Doe 1 (1982) e 2 (1983),² impulsionaram à criação de CEH nos EUA. Esses casos foram mediados por recursos judiciais e mobilizaram a opinião pública devido ao descompasso entre os avanços tecnológicos na saúde, as condutas das equipes assistenciais e o direito de escolha de pacientes e de familiares.⁷

Na Europa, a proteção ao indivíduo e a coletividade, por meio das atividades dos CEH, teve início na Espanha, em 1976, com os trabalhos do Dr. Francesc Abel i Fabre.⁹ Esse médico respondeu ao chamado do chefe da Maternidade do Hospital Materno-Infantil *Sant Joan de Déu*, em Barcelona, e se incorporou ao Comitê de Orientação Familiar e Terapêutica com objetivo de dar uma resposta colegiada aos problemas éticos em obstetrícia e pediatria. Sob sua orientação, criou-se na instituição o primeiro Comitê de Bioética, nome dado ao primeiro CEH espanhol, que tinha como funções analisar os fatos clínicos a luz dos valores éticos e harmonizar o rigor científico e a deliberação ética em situações

* Na literatura nacional, português do Brasil, os Comitês de Ética Hospitalar são também chamados de Comitês de Ética Clínica, Comitês de Bioética Clínica ou Comitês de Bioética. Na língua inglesa os autores se referem à *Clinical Ethics Committee* ou *Healthcare Ethics Committees*. Em espanhol a terminologia utilizada é *Comités de Ética Asistencial*, *Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria* ou *Comités de Ética Clínica*.

de incerteza ou de conflito de valores morais.⁹ Na realidade europeia, os CEH se distanciaram das questões relacionadas à distribuição de recursos, que haviam sido os principais temas dos primeiros comitês nos EUA, para se dedicarem aos conflitos surgidos no entorno assistencial.⁹

Na América Latina, a Argentina foi um dos países pioneiros na criação de comitês de ética. Em 1996 foi sancionada e promulgada uma lei nacional que determinava que todo o hospital do sistema público de saúde deveria ter um CEH com funções de assessoramento.¹⁰

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), de 19 de outubro de 2005, no artigo 19, enumerou a tipologia dos comitês de ética, dentre eles consta o CEH, necessário à aplicação dos princípios que a declaração contemplava. Assinalou ainda que todos os países deveriam fomentar a criação de comitês de ética independentes, interdisciplinares e pluralistas.¹¹

O Brasil, apesar de estar entre os 191 países que aprovaram por unanimidade a minuta da Declaração da UNESCO, não dispõe de um marco normativo para a criação, o funcionamento e a acreditação de CEH. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi o pioneiro no desenvolvimento dessa atividade, em 1993.¹² Não há, no entanto, nenhum registro oficial do número de CEH existentes hoje no País. Sabe-se de algumas iniciativas: São Paulo, Hospital das Clínicas (1996),¹³ e Hospital Geral de São Mateus (2008),¹⁴ Porto Alegre, Hospital São Lucas (1997)¹³ e Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Câncer (1999)¹³ e Hospital Universitário Clemente Fraga Filho (2003).¹³ A inexistência de governança nacional para criação, funcionamento e acreditação de CEH também é fato em outros países, a exemplo da Itália⁸ e da Polônia.¹⁵

A composição de um CEH deve ser interdisciplinar, integrando representantes de todos os implicados nas relações clínicas. A participação das diversas profissões relacionadas à saúde deve ser equilibrada e necessita haver uma qualificada presença de membros da sociedade em geral.^{3,5,14} Deve contar com pessoas com conhecimentos em ética, bioética e direito. É importante ter um advogado, com experiência em legislação sanitária, e membros da comunidade, que representem a perspectiva dos usuários/pacientes, que tenham experiência na defesa dos direitos humanos.^{3,5,14}

Os CEHs possuem três funções básicas: consultiva, educativa e normativa.^{3-5,7-8} Analisar casos clínicos e prestar consultoria e assessoramento na resolução de conflitos que ocorrem entre usuários/pacientes e seus familiares e profissionais de saúde na prática assistencial é a função mais requerida.^{3,5} As atividades educativas visam a atender os profissionais da instituição, em especial os membros do comitê, e a comunidade em geral.^{3,16} Cabe ainda auxiliar na elaboração de diretrizes, de guias e de protocolos sobre questões éticas complexas frequentes na instituição.³

Salienta-se que não são funções dos CEH: o amparo jurídico direto a pessoas ou a organizações de saúde, a emissão de juízo ou o controle sobre conduta profissional (para isto existem as comissões de ética e deontologia e os órgãos de classe de cada profissão), a tomada de decisão em nome dos usuários/pacientes, dos familiares, dos profissionais de saúde, das instituições ou das autoridades judiciais e a realização de perícias.⁴

Os CEH são órgãos de aconselhamento e deliberação. A depender da legislação de cada país podem tomar decisões vinculantes ou não. Na Espanha, as decisões não são vinculantes, não geram normas de obrigado cumprimento, são somente recomendações, que tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada.⁹ Portanto, não se trata de impor a outros as próprias ideias, convencê-los ou modificar suas crenças ou valores.⁹ A função é distinta, qual seja deliberar, ponderar sobre os fatores que intervêm em uma situação concreta, a fim de buscar a solução ótima ou, quando isto não é possível, a menos lesiva.¹⁷ Assim, as opiniões ou os informes emitidos pelo CEH não substituem ou diminuem a responsabilidade dos que solicitaram aconselhamento, somente auxiliam a decidir melhor, a partir de claros fundamentos éticos.¹⁸

Em vários países do mundo^{1,8,10,15-16} e no Brasil¹³⁻¹⁴ os enfermeiros participam dos CEH. No entanto, pouco se conhece sobre essa participação^{1,19} e as competências requeridas desse profissional para ser consultor ético e compor o CEH.¹⁹⁻²⁰ Nessa perspectiva, este artigo tem por objetivo refletir sobre a importância da participação dos enfermeiros nos CEH no Brasil e os conhecimentos que são requeridos desse profissional para essa atuação. As reflexões resultaram de experiência vivida durante estágio pós-doutoral realizado no âmbito do Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e História da Ciência da Faculdade de Medicina da Universidade Complutense de Madrid (UCM), Madrid, Espanha. Essa formação teve como objetivo conhecer a realidade espanhola, em especial do Serviço de Saúde *Madrileño*, sobre CEH, criação, funcionamento e acreditação, para instituir um comitê em um Hospital Universitário na Região Centro-oeste do Brasil. As vivências ocorreram por meio da participação efetiva da autora nas reuniões do CEH do Hospital Universitário *San Carlos*, instituição de saúde vinculada à UCM, durante o período de seis meses, e visitas técnicas a outros CEH dentre eles: Hospital Universitário *La Paz*, Hospital *Ramon y Cajal*, Hospital de *Alcorcón* e ao Comitê sócio-sanitário do *Caser Residencial La Moraleja* - Fundación CASER. Durante a experiência, observou-se de forma particular a participação dos enfermeiros nesses CEH. A experiência vivida foi registrada em um diário. Ao conjugar os dados de observação do diário com a literatura sobre CEH, consultoria ética, participação de enfermeiros nos CEH e consultoria ética por enfermeiros, obteve-se o conteúdo que permitiu a construção desta reflexão.

REFLEXÕES

CEH e a participação do enfermeiro

Na prática clínica, no contexto das relações assistenciais, surge a necessidade de tomar decisões difíceis derivadas do prognóstico, dos objetivos terapêuticos, do uso da tecnologia, dos desejos do paciente e dos recursos disponíveis.¹⁸ A excelência na assistência sanitária só é atingida ao alinhar exatidão técnica e responsabilidade ética na tomada de decisão.⁹ Os juízos éticos, como os clínicos, não podem desconsiderar os fatos reais e as situações concretas de cada caso.¹⁷ A intuição ou o bom-senso não são suficientes para resolver os problemas éticos da clínica, pois a incerteza é característica dessas situações e suas soluções são prováveis e revisáveis.¹⁸ Assim, o melhor é apreciar cada caso, com o uso de procedimentos sistematizados para a tomada de decisão.¹⁷ Existem vários procedimentos para a tomada de decisão em situações de conflito.¹⁷ A questão fundamental é encontrar e utilizar métodos que possibilitem o estudo racional, sistemático e objetivo do problema, a fim de que a decisão tomada seja prudente.¹⁷

Os casos que habitualmente chegam ao CEH se referem, entre outros, a: respeito a autonomia e consentimento informado (especialmente no caso de procedimentos invasivos e que representam risco à vida); reanimação de pessoas em situação crítica; tratamento de pacientes fora de possibilidades terapêuticas ou terminais; avaliação e diagnóstico de morte encefálica (especialmente casos delicados de crianças e de potenciais doadores de órgãos); problemas na gestação de alto risco; relações entre profissionais de saúde; e gestão de recursos limitados.^{5,14} Nesse contexto, as potencialidades dos CEH se referem a possibilidade de contribuir para melhoria da qualidade da assistência prestada por profissionais e instituições sanitárias,^{2-3,9,14} corroborando, no caso do Brasil, para a Política Nacional de Humanização da Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, e para a perspectiva de reduzir as demandas judiciais relacionadas à saúde,^{9,13,18} realidade cada vez mais presente no País.

Na medida em que instrumentaliza e apoia a tomada de decisões prudentes, de usuários/pacientes e suas famílias, de profissionais e de instituições de saúde, para solucionar os conflitos éticos relacionados ao cuidado clínico e funciona como instância conciliadora, empenhando-se

em resolver os imbróglis e conseguir o acordo entre as partes, ou quando isso não é possível apresentando a solução menos lesiva a todos, o CEH contribui para o respeito à dignidade das pessoas e seus direitos inalienáveis e para a humanização das relações clínicas, incentivando a autonomia dos envolvidos.^{9,13-14,18}

Em relação às demais funções, educação e normatização, a criação de CEH em serviços sanitários, auxilia na difusão do interesse por adquirir conhecimentos sobre temas éticos relacionados à saúde e permite o estudo e o aprofundamento desses conteúdos pelos membros do comitê, por profissionais da instituição e por outros interessados^{3,14,16} e auxilia na confecção, implantação e avaliação de diretrizes institucionais sobre ética no cuidado à saúde.¹⁴ Alguns exemplos são diretrizes institucionais sobre direitos e obrigações em relação a informação e a documentação clínica, protocolos sobre cuidados no final da vida e confecção, implementação e avaliação de termos de consentimento informado para procedimentos invasivos ou que representem risco à vida.

A inexistência de um marco normativo e de governança nacional é uma das limitações à criação dos CEH no Brasil. Ao contrário do que aconteceu com a Resolução 196, revisada pela Resolução 466, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa envolvendo seres humanos no País, instituiu o sistema de revisão ética e obrigou todos os centros de pesquisa a ter um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e todo o protocolo de investigação a ser avaliado e aprovado pelo CEP antes de sua realização, não se dispõe no Brasil de diretrizes que normatizem a criação, o funcionamento e a acreditação de CEH. Também não há um órgão central regulador e acreditador, a exemplo da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Consequentemente, os CEH não são obrigatórios nas instituições que prestam cuidados à saúde no País.

A existência de um marco legal, no entanto, não garante por si só a implantação, o funcionamento e a efetividade dos trabalhos do CEH. É necessário que os profissionais e as instituições de saúde o reconheçam como uma instância de apoio à tomada de decisão nas questões éticas relativas à saúde. Na Argentina, assim como nos EUA, o surgimento dos comitês esteve ligado à pressão legal e isso gerou problemas relacionados à aceitabilidade pelos profissionais e confusão quanto às funções do CEH e do CEP no texto da lei.¹⁰ No Canadá, mesmo tendo evoluído nas duas últimas décadas e estar cada vez mais presente nos hospitais, com função primordial de aconselhamento e de educação, os CEH ainda necessitam definir suas outras áreas de atuação.²¹ Na Itália, apesar de haver legislação para a criação de CEH, não existe padronização de procedimentos.⁸ Além disso, a maioria dos comitês mistura as funções referentes à avaliação de projetos de pesquisa e ao aconselhamento frente a problemas na prática assistencial,⁸ ou seja, confundem-se as funções do CEP com as do CEH. Na Espanha, antes do surgimento do marco legal, houve a sensibilização dos profissionais de saúde e da comunidade em geral sobre as funções do CEH, o que facilitou o processo de aceitação e de reconhecimento dos comitês.⁷

O desconhecimento de alguns profissionais e instituições de saúde no Brasil sobre o que seja um CEH e suas funções, assim como a ideia equivocada de que esse é mais um órgão de fiscalização do exercício profissional ou da gerência do serviço,¹³ são outros limitantes, que também surgem em outros países.^{8,21} Alternativas são sugeridas para vencê-los: investir na formação bioética,^{9,16} em especial dar a conhecer sobre documentos internacionais que guiam a formação e os procedimentos dos CEH,¹⁶ comunicar todo o pessoal do serviço sobre a criação do CEH, convidando todos que tenham interesse em participar (deixar claro de que se trata de atividade não remunerada),¹⁴ informar à comunidade sobre as funções do CEH e os mecanismos para submissão de casos para consulta^{14,16} e manter comunicação com os profissionais para determinar os temas que representam problemas éticos na instituição e que requerem a elaboração de guias ou protocolos de conduta.^{14,16}

A criação e o funcionamento de CEH em instituições sanitárias representa uma mudança cultural, ao admitir que as decisões relacionadas à saúde incorporam valores,²² ou seja, que são mais que uma prática puramente técnica. O CEH, com sua composição plural, apresenta o problema sob diversas perspectivas, inclusive a do usuário/paciente, e permite sua análise por diversas nuances, auxiliando na formação e no desenvolvimento da sensibilidade para as questões éticas, que são analisadas e resolvidas por meio de ferramentas de deliberação moral. As resistências frente aos CEH desaparecem quando são percebidos como úteis, mantêm o respeito às atividades e às decisões dos profissionais e dos usuários e servem como apoio e assessoria na resolução de situações difíceis.

A *American Society for Bioethics and Humanities* define consulta ética como o serviço oferecido por uma pessoa ou um grupo para ajudar usuários/pacientes, familiares, profissionais de saúde e outros a lidarem com conflitos éticos que surgem na atenção sanitária.²³ Distinguem-se três classes de consultoria ética: CEH ou modelo estendido, modelo misto e modelo individual (consultor ético).^{7,23-24} O modelo estendido é o mais prevalente.^{5,7-9,24}

O perfil profissional do consultor ético ou dos que desejam ser membros de um CEH distingue três áreas de competências: conhecimentos, habilidades e atitudes.²³⁻²⁴ Os conhecimentos envolvem patologia, clínica, ética, legislação sobre saúde, entre outros. Esses saberes devem ser revisados de modo contínuo de acordo com o avanço científico e legislativo. Nas habilidades, distinguem-se três classes: habilidades éticas, para poder identificar o conflito ético que justifica a consulta e ser capaz de avaliar qual ou quais informações são mais relevantes ao caso; habilidades procedimentais, para afrontar os conflitos éticos dentro do contexto clínico-assistencial; e habilidades interpessoais, para lidar do melhor modo com as relações pessoais suscitadas em cada caso.²³ As habilidades éticas podem ser adquiridas em cursos de formação em bioética, enquanto as procedimentais e as interpessoais somente podem ser adquiridas com a experiência.²⁵

As atitudes indicadas formam cinco grupos: 1) tolerância, paciência e compaixão, para ajudar pessoas que se encontram em situações difíceis; 2) honestidade e conhecimento de si mesmo, para estabelecer um clima de confiança nas reuniões; 3) coragem, para afrontar situações nas quais podem ocorrer lutas de poder; 4) prudência e humildade, para lidar com conflitos entre a moral particular de cada um dos envolvidos e o papel de consultor ético; 5) integridade para mostrar aos profissionais de saúde, aos usuários/pacientes e aos familiares que o consultor é confiável para auxiliar na resolução de um conflito ético.²³

Especificamente para o enfermeiro, considera-se necessário o conhecimento sobre ética, legislação/regulamentação sobre saúde, clínica e cuidado, a essência da profissão. As habilidades dizem respeito à utilização de métodos e de técnicas de enfermagem, à comunicação, à faculdade de defender o paciente e à possibilidade de ter uma visão global da situação. Essas habilidades comumente são essenciais ao cuidado. Já as habilidades morais requeridas são: capacidade de reconhecer, analisar, sintetizar, expressar e contestar aspectos morais e pontos de vista. Respeito e abertura às opiniões e aos valores do outro (membros do comitê, usuários/pacientes e profissionais) são atitudes requeridas do enfermeiro. O profissional precisa ainda ser perspicaz, ter capacidade de reflexão, interesse por questões éticas e compromisso com os trabalhos do CEH, além de estar ciente de suas limitações e convicções.²⁰

O enfermeiro é um participante fundamental no CEH não somente por ser um profissional implicado com a tarefa assistencial e, portanto, comprometido com o processo de tomada de decisão em saúde e com a autonomia do paciente, mas também porque sua visão é necessária e insubstituível em um ambiente, como o CEH, no qual se consideram diferentes perspectivas e aproximações no processo de deliberação moral.²⁶

Parece irreal pensar que todos os membros do CEH têm todas as características requeridas no perfil do consultor ético. Por esse motivo, um dos pontos fortes de adotar o modelo estendido

de consultoria ética, o CEH, é a possibilidade de complementar experiências entre os membros, ou seja cada um com sua expertise contribui para o fortalecimento do modelo ético do grupo,²⁵ que em última instância possibilitará deliberações mais representativas daquela sociedade moral.

A consulta ética é, atualmente, tão vital aos serviços sanitários quanto a consulta clínica, porque contribui para melhorar a relação profissional de saúde/paciente e o cuidado prestado.²⁵ Os enfermeiros precisam ser capazes de trabalhar para resolver conflitos morais.²⁷⁻²⁸ Integrar os CEH possibilita desenvolver as competências necessárias à resolução dessas contendas e é uma forma de reduzir o estresse moral do profissional.²⁹⁻³⁰ Os órgãos de classe da enfermagem brasileira, no entanto, não apresentaram até o momento nenhum posicionamento quanto à participação dos enfermeiros nos CEH. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 1994, por meio da Resolução 172**, normatizou a criação de Comissões de Ética de Enfermagem em instituições de saúde. Essas comissões são órgãos representativos dos Conselhos Regionais de Enfermagem, formadas por profissionais pertencentes à categoria, tendo funções educativas, consultivas e de orientação do exercício ético e profissional dos profissionais de enfermagem.³¹

A ausência de posicionamento no que se refere à participação em CEH pelas entidades de classe ocorre com outras profissões envolvidas na assistência à saúde no País, a exceção do Conselho Federal de Medicina, que, em 2015, se posicionou recomendando a criação e o funcionamento de CEH em instituições de saúde e a participação de médicos no órgão.⁵

CONCLUSÃO

A criação de CEH permite aprofundar o olhar e buscar soluções para problemas morais que ocorrem em hospitais e instituições de saúde e auxiliar na difusão do conhecimento sobre temas éticos na prática clínica. Os CEH são instrumentos institucionalizados a serviço do aperfeiçoamento profissional, da qualidade da atenção à saúde e da humanização da relação clínica. Assim, se os enfermeiros desejam assumir posição estratégica para influenciar positivamente a qualidade do atendimento prestado, protegendo e defendendo os interesses e garantindo o bem-estar dos usuários/pacientes e dos familiares, devem ir do cuidado clínico à reflexão ética. Para isso, devem assumir como urgente a necessidade de desenvolver as competências requeridas para lidar com problemas éticos no dia a dia da sua prática assistencial, aceitando a responsabilidade de participar do CEH, promovendo sua criação e inserindo-se nas suas atividades.

REFERÊNCIAS

1. Gaudine A, Lefort SM, Lamb M, Thorne L. Ethical conflicts with hospitals: the perspective of nurses and physicians. *Nurs Ethics*. [Internet] 2011 [acesso 2017 Nov 13];18(6):756-66. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177%2F0969733011401121>
2. Sorokin P, Actis AM, Outomuro D. Comités de ética asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos. *Rev Bioét*. [Internet] 2016 [acesso 2017 Nov 18];24(1):91-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241110>
3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. División de Ética de la Ciencia y la Tecnología. Guía nº 1 - Creación de Comités de Bioética. UNESCO [Internet]. 2005 [acesso 2018 Mar 08]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf>

** A Resolução 172 do Conselho Federal de Enfermagem foi revogada e substituída pela Resolução 572, de 23 de março de 2018.

4. Conselho Federal de Medicina. Recommendation No.8, dated Thursday, March 12, 2015. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos comitês de bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2015 [acesso 2018 Mar 08]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/8_2015.pdf
5. Catlin A. The hospital ethics committee and the nurse. *Adv Neonatal Care*. [Internet] 2014 [acesso 2018 Nov 02];14(6):398-402. Disponível em: <https://insights.ovid.com/article/00149525-201412000-00008>
6. Engelhardt Jr HT. A ética da ética clínica: reflexões críticas em face da diversidade moral. *Rev BioEthikos*. [Internet] 2012 [acesso 2017 Dez 14];6(1):11-21. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a01.pdf>
7. Pose C. Los inicios de la consultoría ética: los comités de ética y su constitución. *Eidon*. [Internet] 2016 [acesso 2017 Nov 13];45:29-63. Disponível em: https://revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2016/45_junio.pdf
8. Leuter C, Petrucci C, Caponnetto V, La Cerra C, Lancia L. Need for ethics support in clinical practice and suggestion for an ethics consultation service: views of nurses and physicians working in italian healthcare institutions. *Ann Ist Super Sanita* [Internet] 2018 [acesso 2018 Nov 02];54(2):117-25. Disponível em: https://dx.doi.org/10.4415/ann_18_02_07
9. Abel F. Comitês de Ética Assistencial. *An Sist Sanit Navar*. [Internet] 2006 [acesso 2017 Dez 14];29(3):75-83. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1137-66272006000600008
10. Luna F, Bertomeu MJ. Comitês de Ética en la Argentina. *Rev Bioét* [Internet]. 1998 [acesso 2017 Dez 14];6(2):183-7. Disponível em: <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/sc-090.pdf>
11. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. UNESCO [Internet]. 2005 [acesso 2018 Mar 08]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180e.pdf>
12. Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Francisconi CF. Clinical Bioethics Committees: a Brazilian experience. *J Int Bioethique*. [Internet]. 2008 [acesso 2017 Dez 14];19(1-2):181-92. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3917/jib.191.0181>
13. Marinho S, Costa A, Palácios M, Rego S. Implementation of bioethics committees in brazilian university hospitals: difficulties and viability. *Rev Bioét*. [Internet] 2014 [acesso 2017 Dez 14];22(1):105-15. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100012>
14. Oliveira MCG, Oliveira RA, Nogueira-Martins MCF. The experience of the bioethics committee from a public hospital. *Rev Bioét*. [Internet] 2017 [acesso 2018 Mar 08];25(2):338-47. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252194>
15. Czarkowski M, Kaczmarczyk K, Szymańska B. Hospital ethics committees in Poland. *Sci Eng Ethics*. [Internet] 2015 [acesso 2017 Dez 14];21(6):1525-35. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11948-014-9609-x>
16. Alvarez JA, Moreno SL. Los comités hospitalarios de bioética y la educación en salud: notas para la discusión. *Rev Latinoam Bioet*. [Internet] 2016 [acesso 2018 Nov 02];17(1):184-99. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18359/r/bi.2343>
17. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin*. [Internet] 2001 [acesso 2017 Dez 14];117:18-23. Disponível em: [https://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7)
18. Couceiro A, Beca JP. Los comités de ética asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes. *Rev Med Chile*. [Internet] 2006 [acesso 2017 Dez 14];134:517-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000400016>

19. Brito GMG, Santa Rosa DO. Nurses performance in clinical ethics committees and commissions: an integrative review. *Nurs Ethics*. [Internet] 2017 [acesso 2018 Nov 02]; 21(4):1-12. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/0969733017724611>
20. Cusveller B, Schep-Akkerman A. Towards a competency assessment tool for nurses in ethics meetings. *Nurs Ethics*. [Internet] 2015 [acesso 2018 Nov 02];23(4):413-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2f0969733014567170>
21. Gaudine A, Thorne L, LeFort SM, Lamb M. Evolution of hospital clinical ethics committees in Canada. *J Med Ethics*. [Internet] 2010 [acesso 2018 Mar 08];36(3):132-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/jme.2009.032607>
22. Álvarez S. Valores clave en la práctica médica. *Eidon*. [Internet] 2016 [acesso 2017 Nov 13];(46):83-93. Disponível em: https://revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2016/46_diciembre.pdf
23. Tarzian AJ, ASBH Core Competencies Update Task Force 1. Health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society for Bioethics and Humanities' core competencies update task force. *Am J Bioeth*. [Internet] 2013 [acesso 2018 Nov 02];13(2):3-13. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1080/15265161.2012.750388>
24. Tarzian AJ, Wocial LD, The ASBH Clinical Ethics Consultation Affairs Committee. A code of ethics for health care ethics consultants: journey to the present and implications for the field. *Am J Bioeth*. [Internet] 2015 [acesso 2018 Nov 02];15(5):38-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1021966>
25. Pose C. El papel de las instituciones y comisiones de bioética en el desarrollo de la ética asistencial. *Eidon*. [Internet] 2017 [acesso 2018 Nov 02];(47):89-125. Disponível em: https://revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2017/47_junio.pdf
26. Grande LF. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica*. [Internet] 2005 [acesso 2017 Dez 14];15(3):167-74. Disponível em: [https://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621\(05\)71104-9](https://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621(05)71104-9)
27. Nora CRD, Deodato S, Vieira MMS, Zoboli ELCP. Elements and strategies for ethical decision making in nursing. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2016 [acesso 2018 Mar 08]; 25(2):e4500014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
28. Avila LI, Silveira RS, FigueiredoPP, Mancia JR, Gonçalves NGC, Barlem JGT. Moral construction of undergraduate nursing students to promote care humanization. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2018 [acesso 2018 Ago 14]; 27(3):e4790015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004790015>
29. Morley G. Efficacy of the nurse ethics in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? *Br J Nurs*. [Internet] 2016 [acesso 2018 Nov 02]; 25(1):36-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12968/bjon.2016.25.1.36>
30. Morley G. Efficacy of the nurse ethics in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? Part 2. *Br J Nurs* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Nov 02];25(3):156-61. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12968/bjon.2016.25.3.156>
31. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 572, de 23 de março de 2018. Normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde com serviços de enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem. [Internet]. 2018. [acesso 2018 Nov 02]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/resolu%c3%87%c3%83o-cofen-572-2018.pdf>

NOTAS

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Bampi LNS, Grande LF.

Coleta de dados: Bampi LNS.

Análise e interpretação dos dados: Bampi LNS, Grande LF.

Discussão dos resultados: Bampi LNS, Grande LF.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Bampi LNS, Grande LF.

Revisão e aprovação final da versão final: Bampi LNS, Grande LF.

AGRADECIMENTO

Agradecemos aos Comitês de Ética Hospitalar do Hospital Universitário *San Carlos*, do Hospital Universitário *La Paz*, do *Hospital Ramon y Cajal*, do *Hospital de Alcorcón* e ao Comitê sócio-sanitário do *Caser Residencial La Moraleja* - Fundación CASER e ao Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e História da Ciência da Faculdade de Medicina da *Universidad Complutense de Madrid*, pela oportunidade de aprendizado e troca de experiências.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 29 de agosto de 2018.

Aprovado: 03 de dezembro de 2018.

AUTOR CORRESPONDENTE

Luciana Neves da Silva Bampi

lbampi@unb.br