

# Primeiras Experiências do Comitê de Ética do Hospital "Humberto Notti" de Mendoza

\* Marta Fracapani  
\*\* Célia Bordin  
\*\*\* Liliana Giannacari  
\*\*\*\* Alberto Bochatey

- \* Chefe dos Trabalhos Práticos, Cátedra de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nacional de Cuyo; Médica do Hospital "Humberto Notti", Mendoza - Argentina.
- \*\* Professora Associada, Cátedra de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Cuyo; Chefe de Serviço do Hospital "Humberto Notti", Mendoza - Argentina.
- \*\*\* Advogada, Professora Titular da Faculdade de Ciências Políticas e Sociais, Universidade Nacional de Cuyo, Mendoza - Argentina.
- \*\*\*\* Professor de Teologia Moral, Instituto Pio X, Mendoza - Argentina.

*Para evitar que o médico se encontre sozinho ante o processo de tomada de posição, à informação e ao apoio que deve dar ao paciente e à sua família, e à procura da melhor atenção possível, impõe-se a necessidade de uma ajuda transdisciplinar. Para isso surgiram os Comitês de Ética Hospitalares. Nosso Comitê funciona desde 1989 no Hospital de Crianças Emílio Civit, hoje "Humberto Notti", de Mendoza, República Argentina. Oferece apoio normativo e consultivo (prospectivo, retrospectivo e docente em nível de pré e pós-graduação) a outros integrantes da equipe de saúde e à comunidade. Emite a sua opinião depois de elaborada a informação, guiando-se num modelo estruturado do processo de tomada de decisão. São analisados dez dos primeiros casos apresentados ao Comitê. Ficam destacados o diagnóstico, o conflito ético, qual tem sido a recomendação e como se agiu em cada caso.*

*UNITERMOS - Bioética, Comitê de Ética Hospitalar.*

## Introdução

Com o rápido avanço tecnológico, a medicina se depara com problemas éticos. Surgem questões de ética médica quando os integrantes da equipe de saúde, pacientes e familiares se defrontam com um leque de opções terapêuticas que a farmacologia e tecnologia sofisticadas oferecem no tratamento ou cuidado de enfermos graves e moribundos.

"Em nossos dias o gênero humano, admirado por suas próprias descobertas e por seu próprio poder, formula, com freqüência, perguntas angustiadas, sobre a evolução presente do mundo, sobre o lugar e a missão do homem no universo, sobre o destino último das coisas e da humanidade"(1). Pelo exposto consideramos como profissionais, que devemos assumir com mais determinação uma atitude de acordo com a concepção deontológica. Com a consolidação da Bioética como uma realidade entre as ciências, urge respostas concretas para legitimar a licitude da intervenção do homem sobre o homem (2,3).

Chamamos de momento ético as situações que requerem critérios e decisões éticas, e se apresentam quando no cuidado do paciente são colocadas mudanças no tratamento que provocam questionamentos difíceis. O surgimento e a atuação dos Comitês de Ética são uma resposta eficaz a esses questionamentos (4,5,6).

## Comitê de Ética

Para que o integrante da equipe de saúde não se sinta sozinho ante o processo de tomada de decisão, a informação e o apoio que se deve dar ao paciente e à sua família, e a busca da melhor atenção possível neste lugar e tempo determinado, impõe-se a necessidade de uma ajuda transdisciplinar.

Assim foram constituídos os Comitês de Ética que são grupos interdisciplinares estabelecidos em hospitais, formalmente criados para exercerem funções normativa, consultiva, assessora e docente e, por vezes, também de controle das decisões de caráter ético que se tomam no exercício profissional (5,7,8)

Nosso comitê funciona desde 1989 no Hospital de Crianças Emílio Civit, hoje "Humberto Notti", na província de Mendoza, República Argentina. É um hospital de alta complexidade, que conta com todas as especialidades pediátricas.

Nosso comitê está constituído por 13 membros e como aconselha a Academia Americana de Pediatria, conta entre eles com um advogado, um teólogo católico, um filósofo, um contador, um representante da comunidade, além de pediatras e enfermeiras gerais e especialistas. Em certas ocasiões podem estar incluídos os pais das crianças. Nossa comunidade é constituída por maioria de católicos, mas se o paciente ou sua família pertence a outra religião, convida-se a participar o ministro correspondente.

Nosso comitê desempenha funções normativas, consultivas e docentes, e temos preferido deixar de lado as de controle. A

função consultiva implica duas possibilidades: repectiva e prospectiva. A primeira é a que se realiza mediante a revisão de histórias clínicas que apresentaram algum problema ético.

Sua análise e o conselho emitido pelo comitê serve de base para decisões que se pode tomar ao efetuar a função prospectiva. Esta, a mais urgente, é a que se realiza ante o questionamento ético surgido em atenção a uma criança e se resolve em 24 horas.

Qualquer pessoa relacionada com o cuidado do paciente que detecte o conflito ético, pode pedir a assessoria do comitê, que inclusive pode participar de uma reunião respondendo a um pedido anônimo.

Processo de tomada de decisão

O Comitê recebe e elabora a informação guiando-se pelo seguinte modelo estruturado do processo de tomada de decisão.

1) Coleta dos antecedentes médicos e éticos, diagnóstico, condições que ocorrem, prognóstico, valores e propósitos do paciente e de sua família e identificação das opções já feitas.

2) Identificação das opções reais e possíveis, ainda que pareçam num primeiro momento moralmente inaceitáveis.

3) Avaliação das opções por valores e normas.

4) Decisão = seleção de uma opção justificada.

5) Ação = atuar com base na decisão aconselhada.

6) Reflexão.

Todos os integrantes do Comitê têm voz e voto. A opinião emitida pelo Comitê é registrado no prontuário correspondente. O comitê está obrigado a guardar sigilo quanto a informação recebida.

No processo de tomada de decisão levamos em conta algumas premissas.

A missão da equipe de saúde é cuidar da criança com o respeito e a dignidade que merece todo ser humano. Quando se fala em pessoa e sociedade existe um princípio básico: a vida humana (9). É um valor em si, básico, fundamental, ainda que não necessariamente absoluto. É um conceito e uma realidade ao mesmo tempo pessoal, comunitária e ambiental, que inclui os valores de qualidade de vida e de dignidade. Entendemos por qualidade de vida: a satisfação pessoal em sua situação física, mental e social.

O valor da vida humana às vezes se encontra em conflito com outro valor, o de morrer com dignidade (10,11). Estes dois valores são os que hão de iluminar eticamente as decisões que tendem, de um lado, a abreviar a vida do enfermo em sua fase terminal (eutanásia), e por outro, a prolongar a vida de forma inadequada (distanásia) (12,13).

Ao chegar o momento de morte, deve-se permitir que isto aconteça sem isolamento, desfiguração ou dor.

Também temos em conta princípios como os de beneficência, de não-maleficência, autonomia, e justiça (14).

Um dos temas que origina maior número de conflitos em nosso meio é a veracidade e o consentimento informado, dado o modelo paternalista da medicina que ainda se mantém em forma bastante generalizada. Tratando-se de crianças, acreditamos que são os pais os que estão em melhores condições, pelos laços de amor, para determinar o que é melhor para o menor.

No caso de se verificar conflito entre o interesse do menor e o dos pais e/ou da família, decidimos por atuar pelo bem da criança (15,16). Outro fator que incide na origem de conflitos éticos em nosso âmbito de trabalho, é o estabelecido pelos custos que junto ao tipo de terapia, grau de dificuldade, riscos e resultados esperados determinam se um ato médico é proporcionado ou desproporcionado (17,18).

Com respeito à dor, é lícito e ético atenuá-la, ainda que isso produza limitação da consciência ou outros fenômenos secundários. Embora não se deva abandonar os cuidados normais de qualquer enfermo é lícito, ética e legalmente, renunciar a tratamentos cujo único objetivo é prolongar a vida de forma precária e penosa da existência (19).

Como exemplo assinalamos na tabelas 1 e 2, as dez primeiras consultas das 96 efetuadas até junho de 1993.

Não há nenhum recém-nascido, visto que no primeiro ano o nosso hospital ainda não tinha neonatologia. Desde que se incluiu esta especialidade, são numerosas as consultas relativas a recém-nascidos.

Também é importante referir a ação docente do Comitê, que se realiza em diferentes níveis: pós-graduação, residência pediátrica, a outros integrantes da equipe de saúde e à comunidade.

**Conclusão**

As decisões que devem ser tomadas no tratamento e na assistência da criança enferma situem-se numa dimensão ética que do ponto de vista transdisciplinar leva em consideração a qualidade e a dignidade da vida humana. Princípios como os da autonomia, beneficência, veracidade e justiça, são os que regem a nossa atuação. Não se deve ter medo de renovar cada uma das ciências que intervêm na solução dos conflitos éticos, no que tange a seu contato e diálogo mútuo.

TABELA 1  
Primeiras Consultas Efetuadas no Comitê de Ética

Paciente	Idade	Diagnóstico	Conflito Ético	Recomendação do Comitê	Ação
1	11 a	Cardiopatia tóxica sob tratamento Leucemia mieloblástica	Desacordo entre médicos quanto o melhor interesse do paciente	Considerou-se o possível tratamento desproporcionado. Alta para morte digna no domicílio	Alta com analgesia e acompanhamento
2	7 a	Glomerulonefrite rapidamente progressiva mesângio capilar tipo II	Desacordo entre médicos para inclusão no programa	Complementar estudo e reconsiderar	Faleceu enquanto o tratamento continuava
3	4 a	Leucemia mielóide ao tratamento. Aplasia medular	Hematologista pensa que o tratamento é inútil. Os pais querem continuar	Informação e acompanhamento dos pais	Os pais concordaram em interromper tratamento

TABELA 2  
Primeiras Consultas Efetuadas no Comitê de Ética

Paciente	Idade	Diagnóstico	Conflito Ético	Recomendação do Comitê	Ação
4	12 a	Leucemia terminal	Desacordo entre oncologista e os pais que não aceitam a informação dada	Apoio ao médico que trata. Esclarecimento à família	Traslado a um hospital próximo ao domicílio
5	10 a	Leucemia terminal	Desacordo entre os pais sobre a interrupção do tratamento	Informação e aconselhamento dos pais	Medicação sintomática e traslado ao domicílio
6	5 a	Traumatismo crânico-encefálico Morte cerebral	Os pais não aceitam o diagnóstico de morte cerebral e negam-se a assistência respiratória	Esclarecimento à família sem interromper a ventilação mecânica	Parada cardíaca
7	3 a	Traumatismo crânico-encefálico. Morte cerebral	Um dos pais não aceita que seu filho seja doador	Esclarecimento e apoio dos pais	Foi doador
8	5 a	Asfixia neonatal Dano cerebral grave. Insuficiência respiratória por broncopneumonia aspiração	Os pais queriam interromper o tratamento. O médico desejava continuar	Não reanimar. Outro médico deveria assumir a responsabilidade do paciente	O paciente morreu
9	6 a	Testemunha de Geová com anemia que requer transfusão de sangue	Os pais recusam tratamento	Tentar consentimento informado. Se não, realizá-lo com a correspondente autorização judicial	Foi obtido consentimento
10	5 a	Recidiva de ependimoma grau IV. Hidrocefalia	Desacordo entre médicos para colocação de válvula de derivação	Colocação da válvula e posterior traslado para domicílio	Colocou-se a válvula e morreu em seu domicílio

**Abstract** - *First Experiences of the Ethics Committee in the 'HUMBERTO NOTTI' Hospital, Mendoza, Argentina*

In order to avoid that the physician finds himself alone in the face of the information and support to be given to patient and his/her family, as well as to the search for a better assistance, the need for a transdisciplinary aid is mandatory. That's why the Ethics Committees in hospitals have been created. Our Committee has worked since 1989 in "Emilio Civit" Children's Hospital, now called "Humberto Notti" Hospital, in Mendoza, Republic of Argentina. It offers normative and consultative support (prospective, retrospective and teaching support at a pre/post graduation level) to the other members of medical staff and the community as a whole. As soon as the information is available, the Committee also expresses its opinion based on a structured model of the decision-making process. This paper analyzes the first ten cases submitted to it. It emphasizes the following issues: diagnosis, ethical conflict, recommendations and actions taken for each case.

Referências Bibliográficas

1. Concilio Vaticano II. *Gaudium et Spes*, 33.
2. Sgreccia E. *Bioética*. Roma: Vita e Pensiero, 1988.
3. Mainetti JA. *Introducción a la Bioética*. Quirón 1987;18 Supl.
4. Walton DN, Donen N. Ethical decision making and the *critical care team*. *Crit Care Clin*, 1986;2: 101-9.
5. American Academy of Pediatrics. *Guidelines for infant bioethics committees*. *Pediatrics*, 1984;74:306-10.
6. Veatch RM. Hospital ethics committees: is there a role? *Hastings Cent Rep*, 1977;7:22-5.
7. Brennan TA. Ethics committees and decisions to limit care: the experience at the Massachusetts General Hospital. *JAMA*, 1988;260: 803-7.
8. Levine MD, Scott L, Curram WJ. Ethics round in a children's medical center: evaluation of a hospital based program for continuing education in medical ethics. *Pediatrics*, 1977;60: 202-8
9. Azpitarte EL. *Desafíos actuales*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1990.
10. Basso DM. *Nacer y morir con dignidad*. Buenos Aires: Consorcio de Médicos Católicos; Artes Gráfica Cadil, 1989.
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York Oxford University Press, 1983.
12. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to forego life sustaining treatment*. Washington, D.C.: US Government Printing Office, 1983. Bartlet Publishers Inc., 1989.
13. Stephen CR, Elliso PH. Decision to withdraw life support in the neonatal intensive care unit. *Clin Pediatr*, 1983;22:729-36.
14. Veatch RM. *Medical ethics*. Boston: Jones and Bartlet Publishers Inc., 1989.
15. Edens MJ, Eyler FD, Wagner JT, Eltzman DV. Neonatal ethics: development of a consultative group. *Pediatrics*, 1990;86:944-9.
16. Candee D, Sheehan TJ, Cook CD, Husted SD, Bargen M. Moral reasoning and decisions in dilemmas of neonatal care. *Pediatr Res*, 1982; 16: 846-50.
17. 17. Autre E. Implications éthiques et pratiques en pédiatrie de la loi portant sur le protection des personnes se prêtant aux recherche biomédicales. *Arch Fr Pediatr*, 1991;48:457-9.
18. May F. *The patient's ordeal*. Blomington: Indiana University Press, 1991.
19. Beauchamp TL, McCulloch BM. *Medical etLics the moral reponsabilities of physicians*. New Jersey: Prentice Hall Inc, 1984.

Endereço para correspondência:

*Marta Fracapani*  
*Centro Cuyano de Estudios Bioéticos Avellaneda 488-*  
*Guymallen (5521) Mendoza - Argentina*