

Trajectoria de um comitê de ética na atenção básica

Carmen Nadal Agost¹, Maggie Campillay Campillay²

1. Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile. 2. Universidad de Atacama, Copiapó, Chile.

Resumo

A atenção primária é uma estratégia de saúde global essencial e representa a base do sistema de saúde chileno. O modelo de atenção integral à saúde passa de uma relação clínica paternalista enraizada para o respeito à autonomia e uma abordagem baseada em direitos. Essa transição gera conflitos éticos em toda a rede de prestadores, porém eles têm sido pouco abordados no primeiro nível de atenção. Este estudo investigou o caso de um comitê de ética em saúde na região de O'Higgins, no Chile. Para isso, foram analisados relatórios e pareceres por um período de sete anos. Os principais resultados dão conta da utilização do método deliberativo de Diego Gracia e abordagem de conflitos relacionados à autonomia e confidencialidade. Considera-se relevante a institucionalização de comitês de ética em saúde, uma vez que eles se relacionam com o cuidado de qualidade e centrado na pessoa.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Comitês de ética clínica. Bioética. Análise ética.

Resumen

Trayectoria de un comité de ética en la atención primaria

La atención primaria es una estrategia sanitaria esencial y representa la base del sistema de salud chileno. El modelo de atención integral en salud transita de una relación clínica paternalista arraigada hacia el respeto por la autonomía y el enfoque de derechos. Esta transición conlleva conflictos éticos en toda red de prestadores, no obstante, estos han sido poco abordados en el primer nivel de atención. Este estudio indagó el caso de un Comité de Ética Asistencial de la región de O'Higgins en Chile. Para ello, se analizaron memorias y dictámenes de un periodo de siete años. Los principales resultados dan cuenta del uso del método deliberativo de Diego Gracia y del abordaje de conflictos relacionados a la autonomía y confidencialidad. Se considera relevante la institucionalización de los comités de ética asistencial, ya que se intersectan con la calidad y la atención centrada en la persona.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Comitês de ética clínica. Bioética. Análisis ético.

Abstract

Trajectory of an ethics committee in primary health care

Primary health care is an essential health strategy and represents the basis of the Chilean health system. The comprehensive health care model transitions from an entrenched paternalistic clinical relationship to respect for autonomy and a rights-based approach. This transition entails ethical conflicts in any provider network; however, these have been little addressed at the first level of care. This study investigated the case of a Health Care Ethics Committee in the O'Higgins region of Chile. For this purpose, reports and opinions from a seven-year period were analyzed. The main results show the use of Diego Gracia's deliberative method and the approach to conflicts related to autonomy and confidentiality. The institutionalization of health care ethics committees is considered relevant since they intersect with quality and person-centered care.

Keywords: Primary health care. Ethics committees, clinical. Bioethics. Ethical analysis.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação CEP/Serviço de Saúde da Araucanía Sur 170/2023.

Atenção primária universal e equitativa

A atenção primária à saúde (APS) no Chile está estruturada na Declaração Internacional de Alma-Ata de 1978 como uma estratégia essencial de assistência à saúde, de alcance universal com plena participação e a um custo acessível para o país, além de ser o foco principal do sistema de saúde e parte integrante do desenvolvimento socioeconômico global da comunidade. Nesse contexto, a APS desempenha a função de ser “porta de entrada para o sistema de saúde”, pois representa o primeiro contato da população adscrita com o ele, promovendo proteção à saúde, prevenção de doenças, cura, reabilitação e cuidados paliativos¹.

No Chile, a APS abrange uma rede de mais de dois mil ambulatorios administrados em 90,5% pelos municípios de cada comuna¹. Entre os beneficiários estão os cidadãos que têm menos condições geográficas, econômicas ou previdenciárias para acessar serviços de saúde privados. Portanto, as prestações não envolvem um custo econômico direto para os beneficiários do plano público de saúde (Fondo Nacional de Salud – Fonasa) ou para aqueles que não têm renda ou não podem contribuir, desde que estejam formalmente registrados em um centro de saúde da rede. A cobertura do serviço chega a 70,6% da população¹.

No planejamento das redes de assistência, busca-se que a APS se torne a principal estratégia para o cuidado da população, com vistas a sua universalização a fim de atender às necessidades de saúde com justiça e equidade².

Centrada nas pessoas

Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS)

Desde 2005, o Modelo de Atenção Integral à Saúde da Família e da Comunidade (MAIS) foi incluído na APS, o qual coloca os indivíduos no centro da tomada de decisões, reconhecendo-os como integrantes de um complexo sistema socio-cultural. Os indivíduos, como agentes ativos no cuidado da saúde, conduzem a organização de saúde de acordo com suas necessidades para alcançar o melhor estado de bem-estar possível por meio de um atendimento abrangente, oportuno, decisivo

e de alta qualidade. Esse modelo estabelece três princípios: atendimento centrado na pessoa, abrangência do atendimento e continuidade do cuidado por meio da rede de provedores².

Novo modelo de atendimento

Conflitos éticos

As diretrizes nacionais para implementar o MAIS estabelecem uma base ética associada a uma APS atualizada para o país³, a qual se correlaciona com abordagens de planejamento de redes de saúde como: assistência segura e de qualidade (não-maleficência); direitos dos cidadãos, curso da vida, autodeterminação e participação da comunidade (autonomia); determinantes sociais da saúde (equidade); e relevância cultural e de gênero (beneficência)².

As equipes de atenção primária à saúde desenvolvem atividades tanto no âmbito institucional, em que oferecem uma assistência direta e trabalham em conjunto com a rede hospitalar (intra-setorial), como no território, onde a assistência domiciliar e comunitária facilita o conhecimento do contexto social e seus determinantes, além de trabalhar com outras instituições da rede inter-setorial. Com base nesse modelo de atenção integral, avançam todas as etapas do curso de vida do indivíduo, intervindo na família e no meio, o que leva a frequentes conflitos éticos que têm sido pouco abordados^{4,5}.

Essa falta de atenção afeta a qualidade da assistência^{6,5}, gerando sensações de ansiedade, paralisia e indecisão nas equipes de saúde, e até mesmo atitudes autoritárias para com os pacientes. De acordo com a literatura revisada, essas questões são resolvidas de diversas formas utilizando intuição, evidências científicas ou experiência do profissional⁵. Especificamente, tanto evidências internacionais^{4,7-11} quanto nacionais¹²⁻¹⁶ identificam conflitos éticos no contexto da APS, dentre os quais são citados dificuldade no manuseio de dados confidenciais, questionamento da autonomia dos pacientes diante da recusa a tratamentos ou não cumprimento de indicações, discrepâncias dentro da equipe de saúde, limitação de tratamentos domiciliares, entre outras questões de profunda sensibilidade social e risco de sofrimento moral na equipe de saúde.

Gracia explica o neologismo “bioética” a partir da união de duas raízes gregas, *bios* e *ethos*, como

“visão responsável” para combinar “ciência” e “vida”, respeitando os valores relacionados a conflitos que surgem entre ambas¹⁷. A área de atuação da bioética na prática clínica tem se desenvolvido principalmente no nível hospitalar, no entanto, não tem sido alheia à prática no nível primário.

Para tanto, propõe-se que a bioética busque seu próprio caminho na APS por meio dos Comitês de Ética Assistencial (CEA)^{12,18,19}, ainda que no Chile a legislação que regulamenta esses comitês²⁰ destaque que sua formação não é obrigatória nas unidades de atenção primária, podendo inclusive optar pela filiação de um CEA externo. Apesar dos conflitos éticos que surgem na assistência hospitalar, em que é obrigatório ter um CEA, pode-se identificar, no nível primário, que a forma de enfrentá-los é particularmente diferente²¹. Gracia descreve que as peculiaridades acrescidas da própria ética do nível primário podem ser reduzidas principalmente a uma maior importância do contexto¹⁷.

Comitê de Ética Assistencial (CEA) da APS

A experiência

Os CEAs são *órgãos colegiados, de natureza consultiva e interdisciplinar, criados para analisar e assessorar sobre conflitos éticos que surgem em decorrência da assistência à saúde, com o objetivo de contribuir para uma melhor qualidade da assistência e proteger os direitos das pessoas em relação a ela*¹⁷. Além disso, desempenham a função normativa de propor protocolos institucionais de caráter preventivo e de capacitar a equipe de saúde sobre questões de ética assistencial²⁰. De acordo com os dados do departamento de Bioética do Ministério da Saúde, dos 135 CEAs a nível nacional, apenas 13% pertencem à APS²². Isso explica a escassa literatura publicada no Chile sobre a forma como esses CEAs identificam e resolvem conflitos éticos na APS^{13,16}.

Este estudo realiza uma análise documental qualitativa baseada em relatórios anuais do CEA sobre saúde primária em um município da região de O'Higgins. A partir dessa revisão, propõe-se identificar as principais atividades realizadas ao longo de sua trajetória, as áreas de conflitos éticos abordadas e sua relação com o modelo de atenção integral à saúde. Espera-se que o estudo contribua com a ampliação do conhecimento sobre os processos de enfrentamento dos conflitos éticos

assistenciais na APS e atenuar a implementação dos CEAs, pelo valioso apoio que podem proporcionar às equipes assistenciais.

Método

Esta pesquisa utilizou o paradigma interpretativo, metodologia qualitativa e estudo de caso. Segundo Yin, um estudo de caso *é um método empírico que investiga um fenômeno contemporâneo (o caso) em profundidade, dentro de seu contexto real, especialmente quando o fenômeno e o contexto não são tão claros*²³. O estudo de caso foi único e descritivo, e abordou o funcionamento dos CEAs da APS no contexto nacional, onde há poucos comitês em funcionamento; para tanto estabeleceu como questão: Como os conflitos éticos da APS são resolvidos em um CEA na região de O'Higgins?

Este estudo seguiu as seguintes etapas: a) descrição do contexto do CEA; b) descrição aprofundada do caso, incluindo os conflitos éticos abordados; e c) processos de resolução de conflitos. Assim, foi realizada uma busca por documentos públicos, relatórios anuais e pareceres de um CEA na região de O'Higgins, registrados no período de sete anos, entre junho de 2015 e dezembro de 2022.

Para a análise dos dados, foram consideradas duas rodadas de leituras dos documentos selecionados: uma realizada pela pesquisadora principal, especialista em bioética com vasta experiência em CEA e APS; e outra realizada por uma pesquisadora colaboradora, especialista em bioética e sem experiência em CEA, mas com vasta experiência em APS, gerenciando assim o viés da pesquisadora principal. Isso possibilitou identificar o contexto do estudo, descrever o CEA em relação às suas funções legais, normativas, consultivas e de formação, e identificar as principais consultas realizadas ao comitê, para identificar como os conflitos éticos são abordados.

Posteriormente, foi realizada uma categorização temática seguindo esses propósitos, utilizando uma tabela do Excel® para facilitar a análise dos dados. Os critérios de confiabilidade foram a triangulação entre as pesquisadoras, o uso de documentos densos e variados correspondentes ao CEA ao longo do período de sete anos e a saturação das informações ao se revisar os documentos várias vezes. Uma replicabilidade é possível, considerando que os documentos são

públicos e de fácil acesso, seguindo os protocolos de transparência pública.

Resultados

Os documentos analisados foram 36 pareceres (documentos com análise de casos ou consultas e suas recomendações) e 7 relatórios (relatórios anuais das atividades realizadas) do CEA de APS em município da região de O'Higgins, registrados no período de junho de 2015 a dezembro de 2022. Nesse período, foram recebidas 70 consultas, que foram resolvidas conforme as competências do CEA, sendo distribuídas: em primeiro lugar, a função consultiva; em segundo lugar, a função de formação; e, em terceiro lugar, a função normativa. Em relação ao método utilizado para resolução das consultas envolvendo conflitos éticos na prática clínica da APS, o método deliberativo de Diego Gracia²⁴ foi o mais utilizado, sendo identificadas oito etapas tradicionais:

1. envio da consulta ao CEA;
2. discussão de aspectos clínicos, sociais, normativos e legais;

3. identificação das questões morais e dos princípios bioéticos envolvidos;
4. escolha do conflito ético a ser discutido;
5. identificação de possíveis cursos de ação;
6. deliberação de cursos de ação ideais;
7. recomendações finais;
8. argumentos dispostos a defender publicamente.

Conforme os dados analisados, foram definidas as seguintes atividades que se referem às funções do CEA:

Função consultiva

As análises feitas pelo CEA estão relacionadas com conflitos éticos na prática clínica, que, uma vez identificados pelos prestadores de cuidados de saúde, foram inscritas como consultas para prevenir a violação dos direitos dos pacientes, conforme descrito na Tabela 1. As principais consultas e conflitos estão relacionados com o princípio da autonomia (Tabela 2) e o direito à confidencialidade dos dados dos pacientes (Tabela 3).

Tabela 1. Principais conflitos éticos e direitos associados que foram tratados pelo CEA no período 2015-2022

Consultas de caso sobre:	Princípios éticos envolvidos e função do CEA
Direito do paciente à privacidade	Confidencialidade. Garantir a proteção e uso dos dados presentes nos prontuários e em relação à prática clínica.
Direito a decidir sobre a própria saúde	Autonomia. Garantir a liberdade de decisão do paciente com base em informações, vontade e capacidade.
Direito a informações completas e objetivas e, em nenhum caso, destinadas a influenciar as mulheres	Justiça e vulnerabilidade. Garantir a prestação de informações oportunas, verdadeiras e compreensíveis sobre as características e alternativas da prestação médica da interrupção da gravidez com base no estabelecido pela Lei n° 21.030, no Chile.
Direito sexual e reprodutivo de mulheres com déficits cognitivos	Justiça e vulnerabilidade. Garantir a igualdade de oportunidades e o respeito pela opinião e decisão das pessoas, considerando suas características individuais.
Direitos do Idoso	Vulnerabilidade. Garantir uma morte digna em domicílio.
	Princípio de proporcionalidade. Garantir uma adequação do esforço terapêutico proporcionada para pacientes com dependência grave atendidos em domicílio.
Direitos da Criança e do Adolescente (NNA)	Justiça. Garantir o acesso a serviços de saúde referentes à qualidade de vida e projetos individuais.
	Vulnerabilidade e outros interesses. Garantir o acesso a serviços de saúde referentes ao desenvolvimento individual de NNA.
Direitos dos migrantes	Justiça, equidade e vulnerabilidade. Garantir o acesso à proteção da saúde.

Tabela 2. Tipo de consultas associadas à confidencialidade e ao modelo de atenção integral à saúde, 2015 e 2022

Lidar com dados confidenciais para campanhas beneficentes no CESFAM		
Confidencialidade	Abordagem centrada nas pessoas	<p>Privacidade de dados no uso do WhatsApp-Telegram-outros aplicativos.</p> <p>Uso de gravações audiovisuais dentro de um CESFAM.</p> <p>Acesso a prontuários eletrônicos pelos funcionários fora da jornada de trabalho.</p> <p>O que registrar ou não registrar no prontuário?</p> <p>Proteção da privacidade no atendimento a pacientes imigrantes com a participação de intérpretes, devido à barreira linguística.</p>
	Abordagem familiar (Integridade)	<p>Revelar diagnósticos aos familiares de pacientes ou parceiros de pacientes com HIV que se recusam a fazê-lo por conta própria.</p> <p>Revelar diagnósticos a alguns pacientes com HIV que se recusam a fazê-lo por conta própria.</p> <p>Proteção de dados presentes nos prontuários de adolescentes com seus responsáveis ou pais.</p> <p>Estigmatização de pessoas falecidas devido ao acesso por terceiros a dados registrados na certidão de óbito.</p> <p>Entrega de prontuários aos herdeiros de um paciente falecido.</p>
	Abordagem comunitária e territorial (Continuidade dos cuidados)	<p>Proteção de dados de pessoas infectadas com coronavírus durante o processo de rastreabilidade de contatos.</p> <p>Uso de lista com nomes de pacientes em registros diários ao tentar contactá-los sem sucesso por outros meios.</p> <p>Abordagem intrasetorial. Estratégia de consultoria em psiquiatria para equipes de atenção primária com a participação de pacientes e profissionais não envolvidos no caso, com a finalidade de ensino e resolutividade.</p> <p>Proteção de dados dentro da rede de saúde para o gerenciamento de pacientes em comum.</p> <p>Proteção de dados dentro da rede de serviços sociais do território para a intervenção de casos em comum.</p>

*CESFAM: Centro de Saúde da Família

Tabela 3. Tipo de consultas associadas à autonomia e ao modelo de atenção integral à saúde entre 2015 e 2022

Questionamento do nível de capacidade da população vulnerável para consentir		
Autonomia	Abordagem centrada nas pessoas	<p>Processo de consentimento informado (Importância ao diálogo ou assinatura?).</p> <p>Escolha do método contraceptivo em adolescentes com déficit cognitivo.</p> <p>É necessário consentimento informado para realização do teste PCR? (Durante a pandemia).</p> <p>Recusa de insulino terapia em pacientes com retardo mental moderado.</p> <p>Recusa de tratamento em paciente HIV positivo.</p>
	Abordagem familiar (Integridade)	<p>Autonomia indireta em adolescentes com 14 anos (pais ou adultos significativos?).</p> <p>Realização do exame imunofluorescência indireta (IFI) no CESFAM sentinela para identificar a circulação do vírus sem consentimento informado para o procedimento.</p> <p>Recusa de vacinação em pacientes com transtorno do espectro do autismo.</p> <p>Cuidadora pede contenção física da equipe para fazer o procedimento.</p>
	Abordagem comunitária e territorial (Continuidade dos cuidados)	<p>Unidade de epidemiologia: Como agir em caso de recusa em fazer o teste PCR para um caso suspeito? (Durante a pandemia).</p> <p>Recusa de internação por um paciente idoso. Família solicita tratamento domiciliar à equipe da APS.</p> <p>Realização do exame IFI no CESFAM sentinela para identificar a circulação do vírus sem consentimento informado para o procedimento.</p>

Função de formação

Foram realizadas três capacitações anuais, voltadas à equipe de saúde e à comunidade interessada em bioética. As atividades tiveram a finalidade de aprofundar questões relacionadas ao funcionamento dos comitês, bem como os principais conflitos éticos identificados nas deliberações do CEA que geraram debate entre a equipe de saúde e a opinião pública, como humanização da assistência, confidencialidade e gestão de dados, direitos humanos dos idosos, decisões ao fim da vida, doação de órgãos, autonomia progressiva de crianças e adolescentes, estigmatização de pacientes com patologia de saúde mental e problemas na atenção à saúde de migrantes.

Função normativa

Em relação à participação do CEA nas assessorias de políticas internas da organização, cabe destacar que, no período de sete anos, foi desenvolvido um protocolo comunitário denominado “Atenção aos imigrantes em situação migratória irregular”. Isso decorre de um caso atendido no Serviço de Emergência de um CESFAM, no qual foi negado atendimento ao migrante por falta de plano de saúde. Além disso, foi elaborado um formulário de “assentimento informado” para a entrega de dados confidenciais a responsáveis ou pais de adolescentes como forma de promover autonomia progressiva nessa faixa etária.

Discussão

Segundo Cortina, todas as organizações tomam decisões orientadas por valores, que são descritos em sua missão²⁵. No entanto, o grande problema das instituições é informar muitos valores na teoria, e as pessoas não percebem que as decisões são tomadas com base nesses. Portanto, o processo de uma ética organizacional consiste em tentar implementar etapas para que as decisões sejam tomadas com base na articulação desses valores. Nesse sentido, a filósofa espanhola propõe que a ética da organização de saúde deve incluir:

1. a ética clínica (interdisciplinar);
2. a ética da gestão (proporcionar um bem à sociedade);

3. a ética das profissões de saúde (atuar em prol do interesse do paciente)²⁵.

No Chile, o componente ético é incorporado aos critérios para avaliar a qualidade e o credenciamento dos provedores institucionais por meio da existência de um CEA como mecanismo de proteção da ética médica, profissional e institucional²⁶. Conforme menciona Callahan e Jennings em Pérez Ayala²⁷, historicamente os CEAs foram promovidos no campo biomédico e nos centros hospitalares, nos quais o primeiro nível de atenção foi relegado a segundo plano.

No entanto, os avanços nos direitos à saúde e sua relação direta com a qualidade da assistência permitiram que a dimensão ética seja uma área fundamental nos serviços centrados nas pessoas. A experiência chilena se assemelha a dos países como Espanha²⁸ e Noruega²⁹, cujas normativas nacionais voltadas principalmente ao nível hospitalar foram adaptadas para o nível primário de saúde com o objetivo principal de encontrar uma maneira de incorporar e institucionalizar a bioética na organização da saúde por meio dos Comitês de Ética Assistencial¹².

Os achados deste estudo mostram que o desenvolvimento e a operação de um CEA na APS na região de O'Higgins são uma instância concreta e permanente para a resolução de casos, tanto da ética clínica quanto da ética institucional. Isso é constatado pelo nível de demanda nas consultas e pela geração de pareceres para abordar os problemas éticos existentes nesse nível de atenção, em conjunto com a promoção de espaços de formação em bioética e seu alcance no direito aplicado à atenção básica¹².

Conforme aponta Diego Gracia, quando se trata de melhorar a qualidade da assistência, é necessário promover uma reflexão permanente das práticas de saúde de forma dialógica e transdisciplinar, pois se a dificuldade reside na discrepância entre os cursos de ação de uma pessoa a outra, além de fatos e consequências, parece necessário a ponderação de diferentes valores envolvidos que influenciam a satisfação do usuário, levando em consideração a particularidade dos contextos¹⁷.

Desenvolvimento das funções do CEA

A análise dos documentos apontou que as funções do CEA estão distribuídas principalmente

na função consultiva, seguida da função de formação e, por fim, da função normativa (Figura 1). De acordo com o art. 8º do Decreto nº 62, a função consultiva visa *assessorar usuários ou prestadores no processo de tomada de decisões relacionada àqueles conflitos ético-clínicos que surgem em decorrência do atendimento à saúde*²⁰, a função de formação busca contribuir para a *promoção da formação em bioética dos prestadores individuais e sua divulgação a usuários da instituição, bem como dos membros do próprio comitê e da equipe de gestão da instituição a que pertencem*²⁰, e a função normativa permite à *instituição propor protocolos e diretrizes de ação preventiva para o enfrentamento de situações em que os conflitos ético-políticos possam surgir com frequência*²⁰.

Essa maior preocupação do CEA com questões consultivas está relacionada à relevância dada ao respeito à *dignidade, autonomia e privacidade das pessoas envolvidas na prática clínica*²⁰. De acordo com Atienza³⁰, a dignidade é uma característica comum a todas as declarações a nível internacional ou nacional. É por isso que a Declaração dos Direitos Humanos e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) se baseiam na dignidade humana. Seguindo o autor, a dignidade é um conceito complexo, impreciso, cuja propriedade se aplica a todo ser humano sem distinção, que não admite classificações e que se aplica universalmente.

No Chile, a Lei nº 20.584/2012³¹, que regulamenta os direitos e deveres que as pessoas têm em relação às ações relacionadas à sua assistência à saúde, traz no parágrafo 2º o *direito a um tratamento digno*³¹, enquanto em seu artigo 5º afirma que, *na assistência à saúde, as pessoas têm o direito de receber um tratamento digno e respeitoso em todos os momentos e sob qualquer circunstância*³¹. Essa legislação permite que a “dignidade dos pacientes” seja obrigatória para os provedores institucionais e individuais, e é um avanço importante para o monitoramento dos indicadores de qualidade associados à dignidade e ao tratamento dos pacientes.

Da mesma forma, a Superintendência de Saúde operacionaliza, no âmbito 1, o *respeito à dignidade do tratamento do paciente*³¹ por meio do cumprimento de uma série de requisitos institucionais

para garantir o tratamento concedido, estabelecendo que compete ao Comitê de Ética Assistencial a resolução de questões éticas que são consequências das atividades assistenciais³². Com base nessa norma, a formação e capacitação dos profissionais que atuam na atenção primária, e que também compõem um CEA, é requisito básico para ter as competências mínimas em bioética e aplicar métodos de deliberação no recebimento de consultas.

Nesse sentido, o estudo exploratório realizado por León em 2010 sobre comitês de três municípios da região metropolitana chilena coincide com a necessidade de capacitação de seus membros, uma vez que, apesar da experiência profissional, alguns nunca tiveram disciplinas de bioética em sua formação de graduação ou aqueles que declararam ter tido consideravam que não abrangiam os problemas da atenção primária à saúde. Embora os conflitos morais discutidos nos CEAs de APS possam ser comuns no nível hospitalar, sempre haverá contextos socioculturais nos territórios com características particulares¹⁷.

A literatura revisada coincide com a ideia de que as funções dos CEAs são progressivas e evolutivas, ou seja, uma vez que os membros permanentes do comitê adquirem competências deliberativas bioéticas, avançam nas funções formativas e normativas¹².

Conflitos éticos na atenção primária à saúde

A revisão efetuada estabelece que os principais conflitos éticos deliberados pelo CEA estão relacionados ao princípio da confidencialidade e autonomia, ambos direitos contemplados na Lei nº 20.584, que regulamenta os direitos e deveres das pessoas em relação às ações relacionadas à assistência à saúde³¹. E outras questões abordadas pelo comitê dizem respeito aos direitos de idosos, crianças e adolescentes, pessoas com patologias de saúde mental, direitos reprodutivos das mulheres e direitos dos migrantes.

Em comparação com o estudo realizado por Contreras¹⁴ em um município da região metropolitana, existe uma coincidência com os conflitos éticos abordados pelo CEA e diferenciados por curso de vida, associado à abordagem de ciclo de vida presente no MAIS, além de problemas

relacionados à confidencialidade e autonomia. No entanto, não são mencionados os conflitos éticos associados ao direito à saúde da população migrante, o que possivelmente está relacionado ao maior fluxo de imigrantes nos últimos anos no Chile, que frequentemente necessitam de serviços de saúde. Nesse sentido, a legislação reforçou, na última década, a Política Nacional de Migração, a partir das convenções internacionais firmadas pelo país para garantir os direitos humanos aos migrantes³³.

Em relação às consultas associadas ao princípio da autonomia (Tabela 3), os conflitos ético-clínicos decorrem de complexidades na atenção à saúde entre o prestador e o usuário do sistema²⁰. Nesse caso, chama a atenção que a maior parte se refira a recusas dos usuários a tratamentos, internações, vacinação e realização de exames.

Nesse ponto, as tensões relacionadas ao direito de exercer autonomia, competência e capacidade legal dos pacientes de não consentirem se entrelaçam com a responsabilidade profissional, sobretudo quando há convicção por parte da equipe de que é importante e vital o que se oferece ao paciente. O respeito diante da recusa ou abandono do tratamento pelo paciente é um conflito que gera grande preocupação na equipe médica³⁴ e expõe a dificuldade dos médicos e equipes de saúde deles em abolir o modelo paternalista e avançar a modelos informativos, interpretativos e deliberativos, caracterizados pelo direito dos pacientes de serem devidamente informados para participar e tomar decisões relacionadas à sua saúde³⁵.

Embora não haja estudos aprofundados no Chile sobre paternalismo médico, é possível associar esses achados ao modelo biomédico e à natureza da prestação de serviços médicos, que estão relacionados ao “dever profissional” explícito no código de ética. Além disso, há uma determinação legal presente no Código Civil em que o médico assina um contrato com o paciente, atribuindo-lhe uma responsabilidade “exequível” na entrega de “informação, proteção e segurança”. Nesse sentido, o descumprimento de serviços médicos “injustificados” afetará não apenas o médico, mas a equipe e o centro de saúde.

O dever de informar adequadamente o paciente cumpre o princípio da autodeterminação, repara a assimetria entre médico e paciente, além de

permitir, em certa medida, que o paciente esteja no controle de suas próprias decisões de saúde³⁶.

A natureza de longo prazo das relações na atenção primária proporciona uma perspectiva diferente sobre o respeito à autonomia, muitas vezes ligada à prática de obtenção do consentimento informado no âmbito hospitalar, mas difere da atenção primária dada a relação mais próxima entre a equipe de saúde e o paciente⁹. Por outro lado, o tratamento é menos urgente, e o paciente é especialista em sua própria realidade e menos “obediente” para cumprir indicações.

Portanto, a fundamentação ética para consentimento ou recusa de tratamentos precisa de um novo olhar em sua aplicação para abranger situações em que a equipe de saúde primária tem a responsabilidade de explorar as causas sociais e biomédicas da doença e em que as preferências e prioridades do paciente ou de sua família não se encaixam necessariamente nas evidências disponíveis³⁷.

Segundo Gracia¹⁷, essa corrente ética com abordagem comunitária permite uma compreensão mais aprofundada de questões tradicionais da ética médica (avaliação da capacidade dos pacientes, determinação do maior benefício do paciente, identificação de tratamentos proporcionais e desproporcionais etc.), uma vez que contextualiza cada vez mais a realidade do caso específico e, diferentemente do nível hospitalar, a intervenção na saúde primária não é apenas ou principalmente sobre o fato em análise ou o paciente, mas também sobre a comunidade e a estrutura sociocultural. A linguagem de princípios e consequências é excessivamente simples no nível primário de saúde por ser abstrata, genérica e descontextualizada; a linguagem moral *ad hoc* nesse nível é a dos hábitos de vida (virtudes e vícios). No nível hospitalar, ocorrem ações que podem representar sérios problemas morais, mas devido à curta duração da internação, dificilmente podem se transformar em hábitos.

Ao contrário, no nível primário, os verdadeiros problemas éticos não são as ações nem os hábitos, justificando ainda mais os procedimentos de educação em valores com metodologias específicas, pois não apenas ocorrem fatos diferentes dos que ocorrem no hospital, mas também um mundo de valores de maior amplitude e complexidade¹⁷.

Em relação às consultas realizadas sobre o processamento de dados (Tabela 2), cabe ressaltar que a confidencialidade se refere à proteção que a equipe de saúde deve manter sobre os dados dos pacientes aos quais se tem acesso, a fim de garantir o direito à privacidade³⁸. O aumento do risco a expor informações confidenciais e violar a confidencialidade é inevitável quando se considera o número de prestadores envolvidos no atendimento ao paciente (profissionais, técnicos e administrativos)^{14,39}. Os dados biopsicossociais são necessários para obter uma intervenção abrangente do modelo assistencial, e a confidencialidade é interpretada de forma diferente pelo paciente, dependendo do nível hospitalar ou primário⁴⁰.

Método deliberativo utilizado pelo CEA

Os casos consultados do CEA utilizaram o método deliberativo de Diego Gracia, que corresponde a um processo de deliberação moral para a tomada de decisão baseado em uma análise cuidadosa das circunstâncias e consequências que atendem a uma situação específica, a fim de identificar o melhor curso de ação entre os disponíveis⁴¹.

A deliberação é realizada com um diálogo interdisciplinar, plural e sequencial no qual são identificados fatos relevantes, valores envolvidos e cursos de ação razoáveis e prudentes. Isso cumpre os objetivos de reconhecer os casos distintos da APS e, a longo prazo, oferecer educação continuada aos seus membros e à equipe de saúde, além de desenvolver políticas de orientação institucional quanto ao trabalho rotineiro da equipe de saúde¹³. O caminho da deliberação tem sido amplamente considerado para resolver esse tipo de conflito em uma sociedade plural, pois facilita o encontro de cursos de ação ideais entre os extremos de uma decisão, respeitando a dignidade humana.

Esta revisão dos relatórios anuais mostra que os recursos investidos (horas profissionais) se traduzem em um cuidado da dimensão ética que é imprescindível para melhorar a qualidade da assistência, mas isso é insuficiente para justificar a existência do CEA na APS. Para tanto, são necessárias mais pesquisas empíricas para demonstrar resultados⁴². Portanto, é necessário focar na melhoria da gestão do CESFAM ao incluir as

recomendações do CEA, que são elaboradas a partir da casuística ou da literatura científica disponível nos temas abordados em suas sessões, para aplicar a bioética a problemas específicos em saúde e prevenir a violação de direitos na população atendida.

Considerações finais

A partir do caso do CEA de APS na região de O'Higgins, no Chile, pode-se concluir que, embora os conflitos éticos e clínicos sejam compartilhados com o nível hospitalar, o contexto sociocultural em que ocorre e a relação entre provedor e paciente é única e complexa. Isso implica desafios para se ter equipes de saúde com altas competências em bioética e uma legislação que favoreça a institucionalização dos comitês de saúde. Nesse sentido, a relação dos CEAs com a qualidade do atendimento centrado na pessoa favorece sua institucionalização e destaca o escopo da dignidade humana.

Os processos identificados para abordar as consultas incluídas no CEA respondem ao método deliberativo de Diego Gracia, cuja contribuição não só permite sistematizar o processo de abordagem das consultas, mas também facilita a identificação de conflitos éticos e instala uma forma de argumentação pluralista e interdisciplinar para solucionar esses problemas. Isso abre uma janela de oportunidades para responder melhor aos conflitos éticos e desenvolver orientações para prevenir sua ocorrência e/ou melhorar a forma de resolvê-los. Nesse sentido, o desafio do avanço à universalização da APS torna mais necessário o apoio às equipes nos aspectos éticos, haja vista que surgirão com maior frequência conflitos éticos que estarão além de suas competências.

As principais consultas e conflitos éticos revistos foram organizados por ciclo de vida, que se relaciona com a abordagem do modelo de atenção integral. Outras questões também são abordadas, como direito à saúde da população migrante, o que mostra que o CEA está se adaptando aos novos cenários sociodemográficos e epidemiológicos do país.

Por último, os autores destacam a contribuição dos CEAs na formação em bioética, direitos humanos, justiça social, direitos e deveres dos pacientes e, sobretudo, na autonomia dos pacientes, e por isso estimulam outros estudos para fortalecerem essa linha de pesquisa.

Referências

1. Gattini C. Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional: vigencia, experiencia y desafíos [Internet]. Santiago: Observatorio Chileno de Salud Pública; 2019 [acceso 10 jan 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/TA7V>
2. Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2023 [acceso 10 jan 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3cJGC>
3. Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales. Orientaciones para la implementación del modelo integral de salud familiar y comunitaria: dirigido a equipos de salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; [s.d] [acceso 10 jan 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3cJGY>
4. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2006 [acceso 10 jan 2023];11(2):133-42. Disponível: <https://bitly.ws/3cJHY>
5. Alonso YM. ¿Necesitamos un comité de ética asistencial en atención primaria? [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Palma: Universitat de les Illes Balears; 2014 [acceso 10 jan 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3cJIH>
6. Domínguez Márquez O, Manrique Nava C. Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública. *Acta Bioeth* [Internet]. 2011 [acceso 10 jan 2023];17(1):31-6. DOI: 10.4067/S1726-569X2011000100004
7. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acceso 10 jan 2023];20(6):1690-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000600028
8. Barbero Gutiérrez J, Garrido Elustondo S, Sánchez CM, Sánchez FV, Macé Gutiérrez I, Fernández García C. Efectividad de un curso de formación en bioética y de la implantación de una checklist en la detección de problemas éticos en un equipo de soporte de atención domiciliaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2004 [acceso 10 jan 2023];34(1):20-5. Disponível: <https://bitly.ws/3cJKJ>
9. Slowther A. Ethics case consultation in primary care: contextual challenges for clinical ethicists. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* [Internet]. 2009 [acceso 10 jan 2023];18(4):397-405. DOI: 10.1017/S0963180109090598
10. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R *et al.* (Bio)ethics and Family Health Strategy: mapping problems (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [acceso 10 jan 2023];24(1):113-27. DOI: <https://bitly.ws/3cJLx>
11. Lillemoen L, Pedersen R. Ethics reflection groups in community health services: an evaluation study *Ethics in Clinical Practice*. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2015 [acceso 10 jan 2023];16(25):1-10. DOI: 10.1186/s12910-015-0017-9
12. Javier León F, Araya J, Niveló M. Propuestas de comités de bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile. *Rev Medicina y Humanidades* [Internet]. 2010 [acceso 10 jan 2023];2(1):29-40. Disponível: <https://bitly.ws/3cJLN>
13. Solari M, Escobar-Koch T. Relevance of primary care bioethics committees in public health ethical practice in the community: an experience in an area of extreme poverty in Santiago, Chile. In: Peckham S, Hann A, editores. *Public health ethics and practice* [Internet]. Bristol: The Policy Press University of Bristol; 2010 [acceso 10 jan 2023]. p. 83-100. DOI: 10.56687/9781847421043-009
14. Contreras Aravena L. Problemas ético clínicos en la Atención Primaria del Centro de Salud Familiar de Paine. *Acta Bioeth* [Internet]. 2017 [acceso 10 jan 2023];23(1):25-34. DOI: 10.4067/S1726-569X2017000100025
15. Pérez-Ayala M. Conflictos éticos detectados por psicólogos/as de la atención primaria de salud. *Acta Bioeth* [Internet]. 2019 [acceso 10 jan 2023];25(1):85-94. Disponível: <https://bitly.ws/3cJML>
16. Agost CN. Casos deliberados por el Comité de ética de la APS de Rancagua. In: Agost CN. *Bioética aplicada en Atención Primaria*. O'Higgins: Universidad de O'Higgins; 2021. p. 241-328.
17. Gracia D. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho; 1998. p. 101.


18. Agost CN. Comités de deliberación. In: Agost CN. Bioética aplicada en Atención Primaria. O'Higgins: Universidad de O'Higgins; 2021. p. 201-15.
19. Altisent R. Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. Arch Med Fam [Internet]. 2006 [acceso 12 jan 2023];8(2):63-73. Disponible: <https://bitly.ws/3cJRg>
20. Chile. Ministerio de Salud. Decreto 62, de outubro de 2013. Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial [Internet]. Santiago, 25 out 2012 [acceso 10 jan 2023]. p. 3. Disponible: <https://bitly.ws/3cJRn>
21. Simón Pablo. ¿Tiene sentido que existan comités de ética asistencial en atención primaria? FMC – Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. 2006 [acceso 10 jan 2023];13(7):349-53. DOI: 10.1016/S1134-2072(06)71338-X
22. Chile. Ministerio de Salud. Comités de Ética Asistenciales [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; [s.d] [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cJS3>
23. Yin RK. Case study research and applications: design and methods. Thousand Oaks: Sage; 2018. p. 45.
24. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) [Internet]. 2001 [acceso 10 jan 2023];117:18-23. Disponible: <https://bitly.ws/3cJSp>
25. Cortina A. Ética de las instituciones de salud [Internet]. In: Conferencia dictada en Universidad del Desarrollo Chile. Santiago; 8 maio 2003 [acceso 10 jan 2023]. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2003. Disponible: <https://bitly.ws/3cJSE>
26. Bedregal P. Ética en las organizaciones de salud. In: Beca JP, Astete C, Carvajal S, editores. Bioética clínica. Santiago: Mediterráneo; 2012. p. 513-24.
27. Pérez Ayala MA. ¿Por qué hablar de bioética en la Atención Primaria de Salud? Rev Latinoam Bioét [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2023];16(2):102-17. DOI: 10.18359/r/bi.1484
28. Trota RA, Martín Espíldora MN. Comités de ética en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2001 [acceso 10 jan 2023];28(8):550-3. Disponible: <https://bitly.ws/3etvV>
29. Magelssen M, Gjerberg E, Pedersen R, Førde R, Lillemoen L. The Norwegian national project for ethics support in community health and care services. BMC Med Ethics [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2023];17(1):70. DOI: 10.1186/s12910-016-0158-5
30. Atienza M. Sobre el concepto de dignidad humana. In: Casado M, editora. Sobre la dignidad y los principios análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO [Internet]. Cizur Menor: Editorial Aranzadi; 2009 [acceso 10 jan 2023]. p. 73-93. p. 73. Disponible: <https://bitly.ws/3cN2d>
31. Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Ley n° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. 2012 [acceso 10 jan 2023]. p. 3. Disponible: <https://bitly.ws/3cN3P>
32. Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; [s.d] [acceso 10 jan 2023]. p. 20. Disponible: <https://bitly.ws/3etwj>
33. Chile. Ministerio de Salud. Política de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2015 [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cN5r>
34. Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento [Internet]. Barcelona: Comité de Bioética de Cataluña; 2010 [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cN6B>
35. Beca-Infante JP. La relación médico-paciente en el siglo 21. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2018 [acceso 10 jan 2023];34(4):209-11. DOI: 10.4067/S0717-73482018000400209
36. Olivares AV. Responsabilidad civil por negligencia médica [Internet]. Santiago: Academia Judicial de Chile; 2020 [acceso 10 jan 2023]. Serie de documentos materiales docentes, n. 5. Disponible: <https://bitly.ws/3cN9K>
37. Martin R. Rethinking primary's health care ethics: ethics in contemporary primary health care in the United Kingdom. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2004 [acceso 10 jan 2023];5(4):317-28. Disponible: <https://bitly.ws/3cNcG>

38. Rodríguez Salguero GL. La confidencialidad en el ámbito de la salud y sus valores implícitos: secreto, intimidad y confianza [Internet]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009 [acesso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cNdr>
39. Zoboli ELP. Clinical relationships and ethical problems in primary care, Sao Paulo, SP, Brazil. Aten Primaria [Internet]. 2010 [acesso 10 jan 2023];42(8):406-12. Disponible: <https://bitly.ws/3cNdl>
40. Carman D, Britten N. Confidentiality of medical records: the patient's perspective. Br J Gen Pract [Internet]. 1995 [acesso 10 jan 2023];45(398):485-8. Disponible: <https://bitly.ws/3cNf5>
41. Gracia D. La deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica. Boletín de la Academia Chilena de Medicina [Internet]. 2001 [acesso 10 jan 2023];38:29-45. Disponible: <https://bitly.ws/3cNfN>
42. Altisent R, Fernández-Letamend T, Delgado-Marroquín MT. Una nueva vitalidad para el futuro de los Comités de Ética Asistencial. Folia Humanist [acesso 10 jan 2023]. 2019 [acesso 10 jan 2023];(13):19-33. DOI: 10.30860/0057

Carmen Nadal Agost – Doutora – carmen.nadal@uoh.cl

 0000-0001-6038-6732

Maggie Campillay Campillay – Mestre – maggie.campillay@uda.cl

 0000-0002-4054-1595

Correspondência

Maggie Campillay Campillay – Av. Copayapu, 2862 Código postal 1533722. Atacama, Chile.

Participação das autoras

Carmen Nadal Agost realizou a concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e revisão crítica do artigo, com importantes contribuições ao seu conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada. Maggie Campillay Campillay realizou a concepção e delineamento do estudo, redação do manuscrito e revisão crítica do artigo, com importantes contribuições ao seu conteúdo intelectual, aprovação da versão final a ser publicada.

Recebido: 1.8.2023

Revisado: 11.1.2024

Aprovado: 16.1.2024