Comitês de bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde

Jussara de Azambuja Loch[1]
Gabriel José Chittó Gauer[2]

A necessidade de discussão de conflitos intrinsecamente condicionados aos avanços na área da biomedicina e às mudanças ocorridas nos padrões tradicionais de relacionamento entre cuidadores e seus pacientes tem demandado a criação de instâncias de apoio a profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, com o objetivo de deliberar sobre a moralidade de determinadas decisões ou cursos de ação no contexto da prática clínica. Neste artigo, a partir de alguns fatos históricos, procuraremos dar ao leitor uma visão de como se constituem e quais as funções destes grupos, chamados de Comitês de Bioética institucionais.

Na década de 1960, nos Estados Unidos, a instalação do *Seattle Artificial Kidney Center* – considerado o primeiro centro de diálise em saúde – trouxe ao Dr. Belding Scribner, seu criador, um dilema moral: havendo um grande número de doentes em estágio final de doença renal crônica e poucos "rins artificiais", quais deveriam ser os critérios para a triagem dos pacientes a serem submetidos prioritariamente ao procedimento? Relatos da época expõem a complexidade dessa tomada de decisão que culminou com a organização de um comitê de pessoas da comunidade para, junto à equipe médica, auxiliar na análise dos casos e, de alguma forma, decidir quem deveria viver e quem deveria morrer! O fato teve um impacto social intenso, inclusive sendo matéria da revista *Life*, que se referia ao grupo como o "Comitê da Vida e da Morte" ou o "Esquadrão de Deus" (1).

O Dr. Scribner aceitou a formação do comitê, acreditando que o grupo faria suas escolhas considerando e respeitando a autonomia dos pacientes e que seria "justo com todos os envolvidos" (1). Ele acreditava que justiça e equidade poderiam ser alcançadas se as decisões fossem tomadas por um grupo independente de cidadãos representando uma enorme gama de valores individuais e coletivos e não pelas instituições ou médicos responsáveis, com seus potenciais conflitos de interesse. Para muitos bioeticistas, esse grupo de pessoas foi o precursor dos atuais Comitês de Bioética (CB), pois, pela primeira vez no contexto dos cuidados de saúde, surgia a ideia de um grupo interdisciplinar, do qual participavam profissionais não médicos e representantes da comunidade, que, em conjunto com os especialistas, deveria avaliar as opções clínicas a partir de uma perspectiva moral.

Outra situação apontada como responsável pelo estabelecimento dos atuais CBs foi o caso da norte-americana Karen Ann Quinlan (2). Em abril de 1975, aos 22 anos de idade, ela foi admitida em um hospital de Nova Jersey, em estado de coma, cuja etiologia nunca ficou esclarecida. Em agosto do mesmo ano, após receberem informações sobre a irreversibilidade do quadro neurológico, os pais adotivos solicitaram que a jovem fosse retirada da ventilação mecânica. O médico assistente, após ter concordado com a solicitação no primeiro momento, negou-se, no dia seguinte, alegando problemas morais e profissionais. A família foi à justiça solicitar a autorização para suspender todas as medidas extraordinárias, alegando que a filha havia manifestado, previamente ao acidente, que não gostaria de ser mantida viva com o auxílio de aparelhos. O juiz responsável pelo caso não autorizou a retirada dos aparelhos, fundamentando sua negativa no fato de a paciente ter dado essa declaração fora do contexto real, ora vigente. A família, então, apelou para a Suprema Corte de Nova Jersey, que designou o "Comitê de Ética do Hospital" como responsável por estabelecer o prognóstico da paciente e avaliar se, de fato, ela não mais recobraria a consciência, evento que lhe permitiria tomar pessoalmente decisões inerentes à manutenção ou não de seu tratamento. Entretanto, o referido Comitê não existia! O juiz presumiu, erroneamente, que a

[1] Médica Pediatra. Doutora em Pediatria pela UFRGS. Mestre em Bioética pela Universidad de Chile/OPAS. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da PUCRS. Membro e ex-coordenadora do Comitê de Bioética do HSL e FAMED-PUCRS. Professora responsável pela disciplina de Ética Médica e Bioética do Programa de Residência Médica da COREME/HSL-PUCRS e disciplina de Bioética dos Cursos de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da PUCRS. Membro do Departamento Científico de Bioética da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética do CREMERS. Diretora do Instituto de Bioética da PUCRS (Professora da Faculdade de Medicina da PUCRS e Diretora do Instituto de Bioética da PUCRS).
[2] Médico Psiquiatra. Doutor em Clínica Médica pela PUCRS. Pós-Doutor pela University of Maryland at College Park. Professor Adjunto da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Professor da disciplina de Bioética e Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Ex-membro do Comitê de Bioética do HSL e FAMED-PUCRS. Ex-Presidente da Sociedade Rio-Grandense de Bioética, 2004-2005. Membro do Comitê de Ética para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da PUCRS.

21-bioética_comitês_de_bioética.pmd 100 31/3/2010, 10:54

maioria dos hospitais americanos possuía este tipo de grupo, baseando seu entendimento da situação em um artigo publicado sobre o assunto (3, 4). Como resultado desse processo, o Comitê foi criado e forneceu um parecer de irreversibilidade. Em março de 1976, a Suprema Corte de Nova Jersey concedeu, por sete votos a zero, o direito à família de solicitar o desligamento dos equipamentos de suporte de vida. Após essa medida, a paciente sobreviveu por mais nove anos, vindo a falecer por um quadro de pneumonia, sem o uso de respirador e sem qualquer melhora no seu estado neurológico.

Desde então, a necessidade de discussão de conflitos éticos como os acima descritos e muitos outros que permeiam o cotidiano dos profissionais de saúde, bem como as mudanças ocorridas nos padrões tradicionais de relacionamento entre cuidadores e seus pacientes têm demandado a criação de grupos cujo objetivo é auxiliar as equipes de saúde e os pacientes na tomada de decisão em situações difíceis, deliberando sobre a moralidade de determinadas escolhas ou cursos de ação, sejam eles oriundos da prática clínica, da pesquisa científica ou da gestão dos recursos sanitários disponíveis (5). Os grupos que tratam primariamente de questões de cuidados com os pacientes são chamados pela UNESCO de Comitês de Ética de Cuidados de Saúde Hospitalar. Na literatura de língua inglesa é frequentemente utilizada a expressão *Hospital Ethics Committees* (HEC) e, no Brasil, estes grupos são geralmente denominados de Comitês de Bioética (CB).

Neste artigo, serão abordados os aspectos relacionados especificamente aos Comitês de Bioética, sem nos determos em considerações sobre os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), que tratam dos padrões éticos dos protocolos de pesquisa com seres humanos ou sobre as Comissões de Ética Médica (CEM)*, que se ocupam das questões deontológicas dos profissionais médicos.

COMITÊS DE BIOÉTICA: DEFINIÇÃO E OBJETIVOS

Pode-se definir o Comitê de Bioética como um espaço independente, sediado em hospitais, clínicas, institutos de pesquisa ou laboratórios de experimentação, onde se reúnem profissionais de diferentes áreas do conhecimento para, num contexto pluralístico e utilizando metodologia interdisciplinar, discutir e trabalhar os diversos componentes de vários setores de atividades conexas com a vida e a saúde do homem (6).

O objetivo principal de um Comitê de Bioética é, portanto, o de refletir sobre os diferentes aspectos envolvidos nos conflitos éticos que se apresentam na prática clínica de uma instituição de saúde. Para a realização dessa tarefa, é necessário que o Comitê de Bioética represente os valores e as práticas que definem este espaço de cuidados e assistência, principalmente enquanto "comunidade moral" (7).

Para Diego Gracia, um comitê é um órgão de deliberação e consenso. Portanto, não se trata de informar aos outros as próprias ideias, nem de convencê-los, nem de modificar suas crenças ou valores. A função do CB é distinta: é a de deliberar, com o objetivo de tomar decisões sobre questões complexas. Para deliberar, é necessário seguir um processo de análise: deve-se partir da identificação de um problema concreto, dos valores e opiniões encontradas, procurando dar razões a favor e contra, buscando, caso seja possível, uma solução prudente (8). O autor esclarece ainda que não se trata apenas de generalizar o conhecimento e permitir a participação na tomada de decisões. Trata-se também – e sobretudo – de assumir como princípio que ninguém possui a verdade *a priori*; que temos que conquistá-la em conjunto e colaborativamente e que, portanto, temos que dar razões para as posturas que mantemos, escutar e entender as razões dos demais e, desse modo, ir ajustando e modificando as nossas. Trata-se, pois, de deliberar em conjunto, a fim de chegar a soluções mais matizadas e eticamente corretas (9).

É importante salientar que os Comitês de Bioética, cientes dos limites da sua intervenção, devem evitar posicionar-se em questões das quais os mesmos devem ser eximidos, tais como apoio jurídico, formação de juízos sobre a conduta profissional do pessoal de saúde (para isto existem as comissões deontológicas e os órgãos de classe), ou ainda tomar decisões em nome dos profissionais de saúde ou do paciente e sua família.

COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS DE BIOÉTICA

A composição do comitê deve ser preferencialmente multidisciplinar, reunindo profissionais de saúde (médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) e da área jurídica, eticistas, filósofos, teólogos, devendo considerar-se a oportunidade de integrarem a sua constituição outros profissionais (farmacêuticos, fisioterapeutas, jornalistas, p.ex.) e algum membro da sociedade civil, não especificamente ligado à área da saúde, representando os usuários e a comunidade (10). Os Comitês de Bioética podem ainda recorrer, de forma ordinária ou extraordinária, a consultores *ad hoc*, que possam ser úteis ou necessários para a elaboração de um parecer mais específico.

Dentro desta ideia de pluralidade, o CB deve abrigar membros dos gêneros masculino e feminino, contemplando as características de julgamento moral próprias de cada gênero, já bem conhecidas através dos estudos de Kohlberg (11) e Gilligan (12).

Um Comitê de Bioética deve estar estruturado sobre características não hierárquicas, ser interdisciplinar, vincu-

* Representação obrigatória e permanente dos Conselhos Regionais de Medicina nas instituições hospitalares, cuja função é a de supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica. Disponível em: http://www.cremers.org.br/cremers/Interface/biblioteca/regimento _ interno.jsp . Acesso em: 28.02.2010.

21-bioética_comitês_de_bioética.pmd 101 31/3/2010, 10:54

lado a uma visão pluralista que permita discutir a multiplicidade de questões que possam surgir em um contexto social complexo como são as instituições sanitárias. É fundamental que seus membros tenham disponibilidade de atender a demanda, imbuídos por uma atitude aberta para receber questionamentos, respeitar a relação médico-paciente, assim como a autonomia da equipe de saúde e do paciente. Todavia, a "especialidade" fundamental que se exige dos participantes é uma atitude de opção preferencial pela ética e pelos valores humanos e de responsabilidade na tomada de decisões, o que implica agregar a um alto nível técnico, a sensibilidade e interesse para as questões éticas, a capacidade de abertura ao diálogo e de ação no grupo, bem como a disponibilidade para a reflexão e o estudo dos comportamentos humanos.

As decisões tomadas a partir dessas premissas serão de grande valia para minimizar a ambivalência e as incertezas que, às vezes, permeiam a prática dos cuidados à saúde.

ATRIBUIÇÕES E ABRANGÊNCIA DOS COMITÊS DE BIOÉTICA

Historicamente, os CBs se desenvolveram como um espaço interdisciplinar de discussão para as questões éticas com tríplice função: 1. analisar e mediar os casos concretos oriundos da área assistencial, auxiliando profissionais de saúde, pacientes e seus representantes, que necessitem decidir sobre conflitos de natureza moral, seja para equacioná-los, ou para prestar esclarecimentos quando de uma tomada de decisão difícil do ponto de vista moral; 2. avaliar e contribuir para as políticas institucionais através da elaboração de normas, rotinas e diretrizes que visem à proteção das pessoas, sejam elas pacientes, profissionais de saúde ou membros da comunidade; 3. educar a comunidade interna e externa a respeito da dimensão moral do exercício das profissões ligadas à área da saúde, além de contribuir para a melhoria do cuidado dedicado aos pacientes, através de uma análise ética dos problemas e da elaboração de recomendações práticas para sua solução e manejo (13, 14). No Quadro 1 apresentamos algumas sugestões para a implantação de um CB.

As consultorias aos Comitês de Bioética geralmente são encaminhadas pelas equipes de saúde, mas podem também se originar dos pacientes, seus familiares ou da própria instituição onde o grupo atua. Muitas delas são solicitadas formalmente ao CB, em forma de consultorias, porém outras acontecem informalmente. A correta identificação dos conflitos motivadores da solicitação de consultoria é uma das mais importantes tarefas dos membros dos CBs. Entre os conflitos frequentemente encontrados nessas solicitações estão: recusa por parte do paciente (ou familiares) do tratamento indicado pela equipe; questionamentos da equipe sobre limitações de investimento terapêutico e/ou instituição de cuidados paliativos; necessidade de quebra de confidencialidade; dúvidas sobre a capacidade decisória/autonomia dos doentes; motivos religiosos, como no caso de Testemunhas de Jeová, que se recusam a transfusões sanguíneas muitas vezes consideradas como essenciais do ponto de vista médico; conflitos de interesse; entre tantos outros citados na literatura (15).

QUADRO 1 – Etapas para a implantação de um Comitê de Bioética

1. Sensibilizar a comunidade interna para a necessidade de discutir os aspectos éticos da relação profissional de saúde-paciente.
2. Definir seus próprios objetivos e funções, levando em consideração as necessidades e as realidades locais.
3. Constituir um grupo preparatório multidisciplinar, identificando na instituição os profissionais interessados, dispostos a serem protagonistas responsáveis, com disponibilidade para se autocapacitar, através de reuniões regulares e discussões de temas relevantes e de casos clínicos reais ou hipotéticos.
4. Iniciar com um grupo de profissionais que tenham algum tipo de capacitação prévia em ética ou bioética.
5. Estabelecer uma forma de trabalho sistemático, com reuniões regulares, de acordo com as necessidades e a disponibilidade do grupo.
6. Elaborar um regimento interno, que possa pautar e definir as características, os objetivos e as atribuições do grupo.
7. Registrar a experiência e avaliar periodicamente os métodos e critérios empregados na análise dos casos e nas respostas a consultas institucionais.
8. Discutir com a instituição a inserção do Comitê na organização hospitalar, agindo sempre como órgão consultor.
9. Divulgar a existência do Comitê e trocar experiências com outros órgãos intra e extrainstitucionais.

É necessário que os participantes do CB desenvolvam uma sistemática de análise dos casos, garantindo que a discussão preencha os critérios estabelecidos pela Bioética Clínica para um estudo racional, objetivo e multidisciplinar desses problemas, promovendo a efetiva comunicação e respeito pelas partes envolvidas, a fim de que as recomendações do comitê se constituam em um ato beneficente e correto (16).

Diego Gracia explica que a deliberação – termo que utiliza com uma interpretação aristotélica – consiste na análise pormenorizada das circunstâncias e das consequências que concorrem numa situação concreta e, também, na identificação dos cursos de ação possíveis, escolhendo, dentre eles, o curso ótimo de ação. A deliberação, portanto, é compatível com a pluralidade de soluções, sempre que estejam fundamentadas em razões consistentes. Ela deve priorizar o diálogo e o raciocínio prático, mas não pode descartar as emoções, os valores e as crenças de todos os envolvidos. O objetivo desse processo é tomar uma decisão prudente, não se tratando de

21-bioética_comitês_de_bioética.pmd 102 31/3/2010, 10:54

uma mera aplicação dos princípios universais a situações particulares e concretas, mas sim de um processo criativo de conhecimento (17).

As questões morais são muito distintas, porque as pessoas podem ter diferentes opiniões sobre o mesmo tema, baseadas em percepções particulares da realidade. Portanto, quando o Comitê de Bioética é convidado a dar recomendações ou sugestões a uma equipe assistencial ou a um paciente e sua família, deve ter o cuidado de incluir todas as diferentes perspectivas e aproximações a fim de enriquecer a discussão e a compreensão dos fatos e valores pertencentes à situação em debate. A inclusão, no Comitê, de pessoas oriundas de vários segmentos profissionais e sociais visa exatamente a reproduzir os vários "olhares" que essa sociedade possui a respeito de um problema moral específico. A solução do conflito, adotada em conjunto, provavelmente não coincidirá com nenhuma das posições individuais dos participantes da discussão, mas representará um somatório dos argumentos apresentados e refletirá um consenso (17), uma solução que pode ser aceita pela grande maioria do grupo como eticamente adequada para aquele problema concreto e particular.

Um aspecto importante para o bom êxito das consultorias é a resposta às solicitações que deve ser prontamente oferecida, pois geralmente as situações são graves e prementes e a discussão deve acontecer sem demora. Muitas vezes se pode, inicialmente, reunir um pequeno grupo e aclarar as dúvidas mais urgentes, avaliando a necessidade de rediscutir ou aprofundar a análise com a participação de todos os integrantes do CB, de toda a equipe assistencial e os representantes do paciente. Também é necessário promover a visibilidade do CB na instituição para que os solicitantes tenham fácil e rápido acesso à secretaria, dinamizando a formalização da consulta.

A segunda tarefa de um CB é contribuir para as políticas institucionais nos aspectos éticos da prática clínica, visando à qualidade da assistência e à utilização apropriada dos recursos institucionais, promovendo práticas consistentes com as normas éticas e os padrões técnicos vigentes. Esta é provavelmente uma das atribuições mais importantes e também a mais controversa da atuação de um Comitê de Bioética. Importante, porque gera uma mudança comportamental na instituição como um todo. Controversa, porque o reconhecimento por parte da instituição, ou do corpo clínico, tem sido um problema quase universal na história dos CBs, fartamente documentado nas publicações (18).

Podemos apontar várias razões para esse fato. Primeiro, porque o caráter consultivo do Comitê (ou seja, eximindo-se de tomar uma decisão, emitindo apenas recomendações) é, muitas vezes, mal-interpretado pelos próprios solicitantes das consultorias, os quais não têm claro para si o pressuposto do CB de servir como auxílio e jamais como uma instância cerceadora da autonomia decisória da equipe assistencial ou do paciente. Essa visão equivocada do trabalho do comitê pode, com o tempo, enfraquecer sua atuação na instituição, principalmente daqueles grupos que, como o nosso e provavelmente quase todos os CBs no Brasil, respondem a uma demanda de consultas, sem uma atuação pró-ativa de oferecer antecipadamente as consultorias, prática que está se tornando frequente nos hospitais norte-americanos (19).

Uma segunda e frequente dificuldade é a relutância do corpo clínico em utilizar as consultorias, pelo receio dos profissionais de sentirem-se julgados ou criticados por sua indecisão frente ao conflito. Em 1988, Mark Siegler e Peter Singer, bioeticistas de renome internacional, já haviam levantado esta questão: algumas instituições consideram o CB como um "esquadrão divino" com o papel de policiar as condutas das equipes clínicas, numa visão totalmente distorcida dos objetivos desses comitês (20).

É de vital importância ficar clara a intenção de auxiliar e não de julgar os profissionais envolvidos na demanda. Em ambientes hospitalares mais paternalistas, com uma atitude de beneficente pura – dando, portanto, à beneficência sua interpretação hipocrática e clássica –, estas dificuldades surgem com muita frequência. Outras vezes, a própria postura dos membros do CB durante as discussões de caso, sendo pouco acolhedores ou prepotentes em relação ao seu conhecimento mais aprofundado das questões éticas, pode intimidar uma equipe, prejudicando a busca de auxílio futuro.

A terceira e última tarefa dos CBs, como já mencionamos, é o seu papel educacional, que pode e deve ser mais amplo do que a função consultiva. Com sua possibilidade de influenciar e ditar políticas internas, acrescida de seu acesso aos recursos institucionais e suas ligações com a comunidade, o CB pode identificar, reconhecer e discutir assuntos que trazem preocupações e dúvidas para a totalidade dos trabalhadores da instituição, estratégia que dá melhores resultados na formulação de políticas institucionais adequadas do que atuar a partir de casos isolados.

Na literatura sobre o assunto, em artigos oriundos de todas as partes do mundo ocidental, é possível identificar que as questões relacionadas ao final de vida constituem uma área especialmente sensível na prática clínica, que comumente traz muitos conflitos para as equipes assistenciais e sinalizando para a necessidade de maior ênfase em sua discussão e abordagem tanto nos currículos da graduação dos profissionais de saúde quanto junto ao corpo clínico dos hospitais, tarefa para a qual o Comitê de Bioética também pode ser acionado dentro das instituições (15, 18, 19, 21).

Nesse sentido, também a inserção de disciplinas de Bioética na graduação e pós-graduação dos cursos da área da saúde, as disciplinas para os médicos residentes e para estagiários ou residentes em outras áreas da saúde, quando integradas aos problemas éticos enfrentados no cotidiano por estes estudantes e profissionais, são espaços privilegiados para a educação e desenvolvimento da Bioética, para os quais

21-bioética_comitês_de_bioética.pmd 103 31/3/2010, 10:54

os membros dos Comitês de Bioética podem e devem contribuir com seus conhecimentos e experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, ao contrário dos Comitês de Ética em Pesquisa, os Comitês de Bioética não possuem um caráter de obrigatoriedade nas instituições que prestam assistência à população. No entanto, e cada vez mais, sua existência impõe-se naturalmente para o desenvolvimento de um ambiente hospitalar mais justo e humanizado. Por esse motivo, os dirigentes das instituições de saúde devem preocupar-se em prover os meios adequados para a criação desses grupos, facilitando o treinamento, a formação e a escolha de seus integrantes, respeitando a independência e as iniciativas do CB, protegendo aqueles que buscam auxílio e reforçando a ideia do CB como uma instância de ajuda e nunca de ação disciplinar.

Como não tem as funções de comissão deontológica, o Comitê de Bioética deve se apresentar aos olhos da comunidade hospitalar particularmente atento ao respeito para com a dignidade de pacientes, seus familiares e profissionais de saúde. E também como uma instância presente, dinâmica e acolhedora, à qual possam recorrer sempre que houver conflitos éticos para os quais necessitem de apoio e de reflexão adicional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larson EB. Scribners legacy serves public good. Seattle's opinion, july 9, 2003. Disponível em http://www.seattlepi.com/opinion/129982_scribner09.html; acesso em 26.02.2010.
2. Karen Ann Quinlan. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Karen_Ann_Quinlan; acesso em 26.02.2010.
3. Rothman D. Strangers at the bedside. New York: Basicbooks, 1991; p.222-5.
4. MCCarrick PM. Ethics committees in hospitals. Kennedy Inst Ethics Journ 1992; 2(3):285-293.
5. Ferrer JJ. Historia y fundamentos de los comités de ética. IN: Martinez JL. (ed.) Comités de Bioética. Madrid: Comillas, 2003. 195p.
6. Urban CA. Modelo do Comitê de Bioética do Hospital Nossa Senhora das Graças em Curitiba. In: Urban CA. (org.) Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003; p.107-114.
7. Kipper DJ, Loch JA, Ferrari NM. A experiência do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, do Comitê de Bioética do Hospital São Lucas e Faculdade de Medicina da PUCRS. Bioética CFM, vol.6, n.2, 1998, p.203-209.
8. Gracia D. Teoría y práctica de los comités de ética. IN: Martinez JL. (ed.) Comités de Bioética. Madrid: Comillas, 2003.
9. Gracia D. Democracia y Bioética. Acta Bioethica 2001; año VII, n.2; p. 343-54.
10. Almeida F. Comissões de Ética para Saúde: Sua Natureza e Tarefas. IN: Neves MCP. Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. 2. ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.
11. Kohlberg L. Psicologia del desarrollo moral. Bilbao: Descleé de Brower; 1992.
12. Gilligan C. In a different voice: psychological theory and womens development. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
13. Fletcher JC, Siegler M. What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. J Clin Ethics 1996; 7; 2:122-126.
14. Gauer GJC, Loch JA, Kipper DJ, Dias HZJ, Borges GS, Rubin R, Kilian G. Breve reflexão a propósito dos Comitês de Bioética. In: Loch JA, Gauer GJC, Casado M. (org.) Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008; p.209-226.
15. Loch JA, Gauer GJC, Borges GS. Consultorias solicitadas ao Comitê de Bioética da Faculdade de Medicina e do Hospital São Lucas da PUCRS no período de 1997 a 2006. In: Loch JA, Gauer GJC, Casado M. (org.) Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008; p.263-272.
16. Loch JA. Como analisar conflitos em Bioética Clínica. In: Urban CA. (org.) Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p.48-54.
17. Gracia D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. In: Sarabia J, De Los Reyes M. (edit.) Comités de ética asistencial. Madrid: Asociación de Bióetica Fundamental y Clínica, 2000, 21-41.
18. McGee G, Spannogle JP, Caplan AL, Penny D, Asch DA. Successes and Failures of Hospital Ethics Committees: a national survey of Ethics Committees Chairs. Cambridge Quarterly of Health Care Ethics 2002, 11:87-93.
19. HameL R. Ethics committees pursuing enhanced effectiveness. Health progress 2006;87(2). Disponível em: http://www.chausa.org/Pub/MainNav/News/HP/Archive/2006/03MarApril/Articles/Sp; acesso em: 15.10.2007.
20. Siegler M, Singer PA. Clinical ethics consultation: Godsend or "God squad". Am J Med 1988; 85:759-760.
21. Førde R, Vandvik H. Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. J. Med. Ethics 2005; 31:73-77.

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS Instituto de Bioética.

✉ Endereço para correspondência:
Instituto de Bioética – PUCRS
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 50, sala 703
90619-900 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3320-3679 – Fax: (51) 3320-3849
institutobioetica@pucrs.br
www.pucrs.br/ib

Recebido: 8/9/2009 – Aprovado: 11/9/2009

21-bioética_comitês_de_bioética.pmd 104 31/3/2010, 10:54