MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Consultoria Assistencial em Bioética Clínica na Realidade das Comissões de Ética Portuguesas

Catarina Isabel Alves Gonçalves

M

2020

Consultoria Assistencial em Bioética Clínica na Realidade das Comissões de Ética Portuguesas

Estudante:

Nome completo: Catarina Isabel Alves Gonçalves

Endereço de correio eletrónico: cateagoncalves@gmail.com

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Orientador:

Nome completo: Mário Paulo Canastra Azevedo Maia

Grau Académico: Professor Catedrático Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP)

Título Profissional: Assistente Graduado Sénior no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital de Santo António - Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP)

Coorientador:

Nome completo: Rui Manuel Lopes Nunes

Grau Académico: Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)

Junho, 2020

Catarina Isabel Alves Gonçalves

Assinatura do Estudante

Assinatura do Orientador

Assinatura do Coorientador

Junho, 2020

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Maia, por todos os ensinamentos, críticas construtivas, discussões e reflexões; pela motivação, ajuda, paciência e por *nunca se esquecer de mim*.
Ao meu coorientador, Prof. Doutor Rui Nunes, pela disponibilidade e apoio ao longo de todo este processo.
À Prof. Doutora Carolina Lemos, pela ajuda indispensável na realização deste trabalho, pela sua amabilidade e por me mostrar que não há impossíveis.
À minha família e amigos, por serem incansáveis.
Ao ICBAS, por ter sido, durante estes 6 anos, uma segunda casa.

Resumo

Introdução e Objetivos: A assessoria e o suporte ético na prática clínica tem-se demonstrado uma mais-valia para profissionais de saúde, pacientes, familiares e para a própria instituição, especialmente face ao progressivo desenvolvimento científico e tecnológico e às questões morais que dele advém. Em Portugal, esta função está alocada às Comissões de Ética (CE). Contudo, modelos assistenciais baseados exclusivamente nestas entidades apresentam baixa eficácia, comparativamente a modelos individuais ou por pequenos grupos de consultores. Neste sentido, face à introdução do Decreto-Lei nº 80/2018 e dada a crescente necessidade e o aumento da procura destes serviços, este estudo tem como objetivo caracterizar as CE Portuguesas, bem como averiguar a sua opinião sobre a aplicabilidade deste sistema na atual realidade das mesmas.

Métodos: Formulamos um questionário, que foi aplicado, via *e-mail*, entre janeiro e abril de 2020, de forma voluntária e anónima. Foram efetuadas tentativas de contacto para 53 CE, quer através de correio eletrónico próprio, quer através da instituição (quando um contacto direto não estivesse disponível). Assim, o número efetivo de CE que recebeu o nosso contacto, é-nos desconhecido.

Resultados: Obtivemos 20 respostas, 1 foi excluída, por apresentar apenas resposta a uma pergunta. A maioria das CE (71,4%) afirma não ter recursos para implementar um sistema de Consultoria Assistencial em Bioética Clínica (CABC) individual ou em pequeno grupo, especialmente por falta de tempo ou de pessoal, ou até por não ser sua função. Contudo, uma CE já aplica este modelo de CABC. Apenas 21,6% dos elementos integrantes de CE seriam capazes de executar o trabalho de consultor, todavia 51% têm algum tipo de formação na área da bioética. A maioria das CE executaram, em média, por ano, menos de 50 pareceres (64,3%) e menos de 50 consultas (80%), com um tempo de resposta para ambos os tipos de pedido de cerca de 30 dias. A CE que já aplicou o modelo CABC por consultores realizou mais de 500 consultas.

Conclusões: A grande maioria das CE afirma não ter condições para aplicar sistemas CABC, apesar de este modelo se mostrar mais vantajoso e eficaz, sendo que apenas uma minoria dos seus elementos seria capaz de desempenhar o papel de consultor. A melhoria de fatores como a formação, a oportunidade de experiência profissional e o tempo de dedicação exclusiva à atividade, parece ser preponderante para a alcançar as condições necessárias para implementar este sistema.

Palavras-Chave: Bioética; Consultoria Ética; Comissões de Ética

Abstract

Introduction and Aims: Advising and ethical support in clinical practice has proven to be an asset for health professionals, patients, family members and for the institution itself, especially in view of the progressive scientific and technological development and the moral issues that arise from it. In Portugal, this function is assigned to the Ethics Committees (EC). However, assistance models based exclusively on these entities have low efficiency compared to individual or to small groups of consultants. In this sense, in view of the introduction of *Decreto-Lei nº 80/2018* and given the growing need and the increased demand for these services, this study aims to characterize Portuguese ECs, as well as to investigate their opinion on the applicability of this system in their current reality.

Methods: We formulated a questionnaire, which was applied, voluntarily and anonymously, via e-mail, between January and April 2020. Attempts were made to contact 53 ECs, either through their own e-mail or through their institution (when a direct contact was not available). So, the actual number of ECs that received our contact is unknown.

Results: We obtained 20 responses, 1 was excluded, as it only answered one question. The majority of the EC (71.4%) stated that they do not have the resources to implement an Assistance Consulting in Clinical Bioethics (ACCB) service, individually or in a small group, especially due to lack of time or personnel, or even because it is not their function. However, an EC already applies this model of ACCB. Only 21.6% of the members of the EC would be able to perform the work of a consultant, even though 51% have some type of training in bioethics. On average per year, most of the ECs carried out less than 50 formal opinions (64.3%) and less than 50 consultations (80%), with a response time of around 30 days for both types of request. The EC which has already applied the CABC model by consultants held more than 500 consultations.

Conclusion: The vast majority of the ECs claim to not be in a position to implement ACCB services, and only a minority of its members would be able to play the role of consultant, although this model proves to be more advantageous and effective. The improvement of factors such as training, the opportunity for professional experience and the time of exclusive dedication to this activity, seems to be preponderant to achieve the necessary conditions to implement this system.

Keywords: Bioethics; Ethics Consultation; Ethics Committees

Lista de Abreviaturas

CE – Comissão de Ética
CABC – Consultoria Assistencial em Bioética Clínica
ASBH – American Society for Bioethics and Humanities

Índice

Agradecimentos i
Resumo ii
Abstract iii
Lista de Abreviaturas iv
Lista de Tabelas vi
Introdução 1
Materiais e Métodos 3
Participantes e Recolha de Dados 3
Instrumento de Recolha de Dados: Questionário 3
Análise de Dados 3
Resultados 5
Discussão 8
Conclusão 14
Apêndices 15
Apêndice 1: Questionário 15
Apêndice 2: Tabelas – Resultados 24
Referências 47

Lista de Tabelas

Tabela I – Características e Aptidões necessárias no Consultor – Parte III, Pergunta 3.1 24
Tabela II – Papel das Comissões de Ética e dos Consultores – Parte III, Pergunta 10..... 25
Tabela III – Vantagens da Consultoria Individual – Parte III, Pergunta 10.1 26
Tabela IV – Desvantagens da Consultoria Individual – Parte III, Pergunta 10.2..... 27
Tabela V – Caracterização da Entidade em que as Comissões de Ética se inserem – Parte I, Pergunta 1 e 2 28
Tabela VI – Número de elementos por Comissão de Ética 29
Tabela VII – Área de Formação dos elementos das Comissões de Ética – Parte I, Pergunta 3.1..... 30
Tabela VIII - Dados sociodemográficos dos elementos das Comissões de Ética – Parte I, Perguntas 3.2 e 3.3 31
Tabela IX – Método de formação na área da Bioética (entre os elementos com formação) – Parte I, Pergunta 4.1 32
Tabela X – Atividades formativas realizadas pelas Comissões de Ética em 2018 e 2019 – Parte I, Pergunta 6 33
Tabela XI – Número de pareceres realizados pelas Comissões de Ética (valor médio entre 2018 e 2019) – Parte II, Pergunta 1.1..... 34
Tabela XII – Temas de pareceres realizados pelas Comissões de Ética entre 2018 e 2019 – Parte II, Pergunta 1.2 35
Tabela XIII – Número de consultas realizados pelas Comissões de Ética (valor médio entre 2018 e 2019) – Parte II, Pergunta 2.1..... 36
Tabela XIV – Temas de consultas realizados pelas Comissões de Ética entre 2018 e 2019 – Parte II, Pergunta 2.2 37
Tabela XV – Disponibilidade Ideal por parte dos Consultores – Parte III, Pergunta 7 38
Tabela XVI – Tabulação Cruzada entre o Tipo de Entidade e o Número de Pareceres..... 39
Tabela XVII – Tabulação Cruzada entre o Tipo de Entidade e o Número de Consultas 40
Tabela XVIII – Tabulação Cruzada entre o Número de Pareceres e o Número de Consultas 41
Tabela XIX – Tabulação Cruzada entre as Dimensões Hospitalares (nº de camas) e o Número de Pareceres..... 42
Tabela XX – Tabulação Cruzada entre as Dimensões Hospitalares (nº de camas) e o Número de Consultas 43
Tabela XXI – Tabulação Cruzada entre a Existência de Recursos para Aplicação de um Sistema de Consultoria e o Número de Pessoas que poderiam ser Consultores, em cada Comissão de Ética . 44
Tabela XXII – Tabulação Cruzada entre a Existência de Recursos para Aplicação de um Sistema de Consultoria e o Número de Pessoas com Formação em Bioética, em cada Comissão de Ética 45
Tabela XXIII – Tabulação Cruzada entre o Número de Pessoas que poderiam ser Consultores e o Número de Pessoas com Formação em Bioética, em cada Comissão de Ética 46

Introdução

O corrente progresso científico e tecnológico, acompanhado pelo aumento da qualidade e da esperança média de vida da população trouxe grande benefício ao ser humano, contudo criou novos desafios às comunidades sociais e científicas. Surge, assim, a necessidade de identificar princípios e valores éticos através dos quais este desenvolvimento possa ser encaminhado. É neste sentido que a Bioética tem vindo a fortalecer-se, desempenhando um papel fulcral nas escolhas e decisões que concernem esta evolução, facilitando elevados *standards* éticos nas áreas da medicina e investigação, onde todos os indivíduos devem ser reconhecidos com dignidade e respeito.[1,2]

Os profissionais da área da saúde vivenciam, muitas vezes, situações de *stress* e angústia moral, como consequência do cuidado e tratamento do paciente, onde nem sempre as tomadas de decisão são fáceis.[3] De forma a ajudar os profissionais de saúde a lidar com os dilemas éticos que lhes são apresentados, foram idealizados sistemas de suporte ético-clínico, dos quais as Comissões de Ética (CE) são as estruturas mais frequentes. Estas oferecem aconselhamento, apoio e assessoria, formal ou informal, face aos conflitos éticos resultantes do exercício clínico.[3,4]

Atualmente, em Portugal, as CE regem-se pelo Decreto-Lei nº 80/2018 de 15 de outubro 2018, que veio revogar o Decreto-Lei nº 97/95. Agora, distinguem-se as funções da CE com vista à prática clínica assistencial, pela sua importância crescente, e as voltadas à investigação biomédica, pela imprescindível reflexão que se deve dedicar à proteção do ser humano, com o objetivo de incentivar a boa prática dos princípios éticos, dentro da atividade das instituições que integram.[4]

Assim, a assistência ética à prática clínica, tendo em vista o novo Decreto-Lei, realiza-se pelas CE. Todavia, estas funcionam em reuniões plenárias, que podem ocorrer apenas mensalmente, e por isso, modelos assistenciais baseados exclusivamente nas CE, tendem a apresentar baixa capacidade de resolução de problemas em tempo real.[4,5] De forma a ultrapassar este contratempo, podem ser aplicados serviços de Consultoria Assistencial em Bioética Clínica (CABC) individual ou em pequeno grupo, integrados no trabalho das CE, que seriam requisitados como qualquer outra consulta para obter aconselhamento especializado sobre a área do problema em questão.[5,6]

A *American Society for Bioethics and Humanities (ASBH)* define CABC como o conjunto de serviços oferecido por um indivíduo ou pequeno grupo em resposta a questões de pacientes, famílias, profissionais de saúde ou qualquer outra entidade envolvida que procurem resolver incertezas ou conflitos e preocupações que emergem dos cuidados de saúde.[7] Apesar de o modelo que recorre a um pequeno grupo de consultores também ser utilizado, acredita-se que o modelo de consultoria individual tem maior sucesso.[6,8]

A CABC recai sobre a análise médica, moral e social, por parte de consultores qualificados, individualmente ou em pequeno grupo de elementos, membros da CE ou externos, dos factos relacionados com o caso e a recomendação das várias soluções possíveis face às circunstâncias, com posterior discussão entre todos os intervenientes (o consultor, a equipa médica, o paciente, etc.) para se definir o melhor desfecho, uma vez que os consultores não representam uma autoridade absoluta.[3,6]

Por norma, os consultores trabalham, também, em cooperação e em complementaridade com a CE, sejam ou não parte integrante da mesma, reportando o seu trabalho e apresentando-lhe os casos de maior complexidade e pertinência tendo em conta o contexto clínico.[9]

Os consultores devem, portanto, apresentar competências e capacidades na área da bioética para conseguir dar suporte na gestão dos dilemas éticos expostos pela equipa clínica, pacientes ou familiares.[6] Por conseguinte, o seu papel e a qualidade da prática ético-clínica refletem a qualidade da instituição, uma vez que demonstram que esta trabalha de acordo com os *standards,* normas, políticas e expectativas idealizadas para os cuidados de saúde, da vida e do ser humano.[8]

Desta forma, e dada a atualização legislativa face à composição, constituição, competências e funcionamento das Comissões de Ética, e o baixo número de requisições realizadas a estas no que toca à assessoria na prática clínica, levanta-se a questão se seria pertinente disponibilizar, entre as competências destas comissões, um serviço de CABC, como sugerido pelo Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida.[2,6,9,10]

Assim, este artigo tem como objetivo caracterizar a composição e trabalho desenvolvido pelas CE Portuguesas nos anos de 2018 e 2019, bem como averiguar a sua opinião sobre a aplicabilidade de um sistema de Consultoria Assistencial em Bioética Clínica na atual realidade das mesmas, fazendo uma breve revisão sobre as vantagens e desvantagens da utilização deste modelo.

Materiais e Métodos

Participantes e Recolha de Dados

Foi realizada uma tentativa de contacto a 53 CE de Centros Hospitalares, Hospitais e Unidades Locais de Saúde, tendo por base a lista *Comissões de Ética do Sistema de Saúde* da DGS[11], de 2010, através de um *e-mail*, com o *link* direto para a Carta de Apresentação e questionário, usando para o efeito a plataforma *SurveyHero*. Das 53 comissões, 18 apresentavam correio eletrónico próprio e para as restantes, as tentativas de contacto foram feitas através do endereço da entidade a que pertencem, uma vez que o endereço direto não se encontrava disponível.

Foram realizadas até 3 tentativas de contacto nos casos em que não foi obtida confirmação de receção do e-mail, o que só se verificou por parte de 13 CE, algumas mostrando-se não estarem interessadas, outras solicitando pedido formal de investigação à administração hospitalar e à própria CE para poderem preencher o questionário, ou indisponíveis por terem cessado funções não urgentes a partir de março. Neste sentido, é-nos desconhecido o número total de CE que não receberam o nosso contacto.

Todas as CE foram informadas do cariz voluntário da sua participação, bem como do anonimato de toda a informação adquirida. Os dados foram registados através da plataforma, entre janeiro e abril de 2020, respeitando todos os aspetos necessários para a proteção de dados das CE e dos seus membros integrantes, atribuindo-se um número de ordem aleatório e automático a cada uma das respostas.

Instrumento de Recolha de Dados: Questionário

As questões foram formuladas tendo por base a bibliografia consultada, sendo posteriormente revistas pelo orientador e coorientador do trabalho. Assim, o questionário (*Apêndice 1)* subdivide-se em 3 partes: a Parte I (9 questões), com o objetivo de caracterizar a constituição das CE, inquirindo dados sociodemográficos e formativos dos membros que a constituem; a Parte II (8 questões), para caracterização da atividade da CE nos anos de 2018 e 2019; e a Parte III (15 questões), com o objetivo de averiguar a opinião de cada CE sobre o sistema de CABC e a sua aplicação no panorama atual da sua atividade; totalizando, assim, 32 questões. Existem 2 perguntas de resposta aberta, 11 de escolha múltipla (8 simples e 3 de múltipla resposta), 15 de resposta numérica e 4 em escala de *Likert,* com a seguinte correspondência: 1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo e 5 – concordo totalmente.

Análise de Dados

Tendo o inquérito uma vertente maioritariamente quantitativa (exceto a pergunta 1.1 da parte III – analisada quantitativa e qualitativamente), recorremos a procedimentos de análise

estatística, codificando as respostas em folha de cálculo e construindo a base de dados para análise com recurso ao programa *IBM® SPSS® Statistics* versão 26.0 para Windows. Neste sentido, a pergunta 1.1 da parte III foi analisada a nível de conteúdo temático e, posteriormente, foram agrupadas as respostas em: "Falta de Tempo", "Falta de Pessoal" e "Não é função da CE", procedendo-se à sua análise quantitativa.

Para análise global de todas as afirmações integradas em cada uma das 4 perguntas em Escala de *Likert*, as respostas foram agrupadas em 3 categorias: "Concorda" (4 e 5), "Neutra" (3) e "Discorda" (1 e 2).

Uma vez que a amostra é muito pequena, todos os dados obtidos foram utilizados para análise, independentemente do número de casos omissos. Neste sentido, as variáveis foram apresentadas em valores ou distribuições de frequência válida para o número de respostas e casos omissos por questão, com recurso a medidas estatísticas descritivas. As variáveis e as suas correlações foram ainda analisadas através de *crosstabs*.

Resultados

Obtivemos um total de 20 respostas. Assim, e apesar de 37,7% das CE que tentamos contactar terem respondido, este valor é relativo, visto que, destas, 1 foi excluída por apresentar apenas a resposta a uma pergunta. De entre as restantes CE que preencheram o questionário (19), 6 não responderam a todas as questões, pelo que o número total de respostas varia entre perguntas.

A amostra utilizada neste estudo é, então, de 19 CE, 72,2% pertencem a Hospitais Públicos Não Universitários, 22,2% a Hospitais Públicos Universitários e 5,6% a Hospitais Privados. A nível dimensional (número de camas) a maioria (61,1%) enquadra-se em Hospitais na categoria "entre as 200 e 400", seguindo-se "< 200" com 16,7% e, por fim "entre as 400 e 600" e "> de 600", ambas correspondendo a 11,1% das respostas.

O número médio de elementos por CE é 8, sendo a moda 7 elementos. Em média, médicos são a profissão mais encontrada (34,3%), com 50% das CE a apresentar mais de 3 membros desta área, seguida de enfermeiros (17,5%), farmacêuticos (10,5%) e juristas (10,5%). As restantes profissões, como teólogos e assistentes sociais, encontram-se em percentagens inferiores a 8%. A distribuição do número de elementos por sexo feminino e masculino é aproximadamente 50%. A idade mínima encontrada foi de 33 anos e a idade máxima de 78.

No que toca à formação na área da Bioética, 51% dos elementos das CE tem algum tipo de formação na área, destes, 72,6% participaram em Palestras, Workshops, Congressos e/ou Conferências, 43,8% realizaram Cursos e/ou Pós-graduações e apenas 8,2% realizaram Mestrado e/ou Doutoramento. A capacidade formativa das CE é mais reduzida, apresentando apenas 34,3% de elementos com esta particularidade. Acrescentamos, ainda, que 88,2% das CE realizam ações formativas e 11,8% não executam qualquer tipo de atividade neste sentido.

A média de pareceres e consultas realizadas por cada CE entre os anos 2018 e 2019 é bastante variável, sendo que no geral houve um aumento do número de pedidos do ano 2018 para o ano 2019. A maioria das CE executaram menos de 50 pareceres (64,3%) e menos de 50 consultas (80%), sendo que 26,7% das CE não realizaram qualquer atividade de consultoria. Só aproximadamente 7% das CE realizaram mais de 500 pareceres ou mais de 500 consultas, sendo que estas se integram apenas em Hospitais Públicos Universitários. É ainda de notar que todas as CE que realizaram menos de 50 pareceres, realizaram, também, menos de 50 consultas, mas o contrário não se verifica. Quanto às dimensões do Hospital, todas as entidades que realizaram menos de 50 pareceres enquadram-se em Hospitais de menores dimensões (menos de 400 camas).

Todas as CE afirmaram que os pedidos de parecer são, na sua maioria, realizados por profissionais, sendo que em 26,7% das CE estes pedidos se relacionaram apenas com projetos de

Investigação. As restantes 73,3% tiveram também pedidos relativos a outros temas. Por outro lado, face aos pedidos de consulta, grande parte das comissões afirma que estes são, também, efetuados por profissionais (81,8%), com exceção de uma que refere que os pedidos são mais comumente provenientes de pacientes.

No que diz respeito ao tempo de resposta por parte das CE, a grande maioria (87,5%) afirma necessitar de cerca de 30 dias para emissão de parecer, sendo o tempo mínimo encontrado de 10 dias (6,25%) e o máximo de 60 dias (6,25%). O mesmo se verifica no tempo necessário para o processo de consulta, onde a maioria (76,9%) aponta também para cerca de 30 dias, mas aqui o mínimo de tempo para obtenção de resposta encontrado é de 1 dia (7,7%) e o máximo de 60 dias (7,7%), sendo que a CE sobrante estabelece o limite nos 10 dias.

Quando questionadas se os atuais recursos permitiriam a aplicação de um sistema de CABC no trabalho da CE, 71,4% respondeu que não, tendo apresentado como razões a "Falta de Tempo" (55,6%), "Falta de Pessoal" (22,2%) ou "Não é função da CE" (22,2%). As restantes 28,6% afirmaram ter recursos para aplicar este sistema, apresentando como motivos terem alguns membros com capacidade e/ou tempo para desempenho das funções, tendo uma comissão afirmado já aplicar o sistema no seu contexto atual.

A maioria das CE (53,8%) tem 2 ou menos elementos capazes de desempenhar o papel de consultor, sendo que destas, todas afirmaram não ter recursos para aplicar um sistema de consultoria. Uma comissão (7,7%) afirmou não conhecer o número de elementos e as restantes (38,5%) têm entre 3 e 6 elementos capazes de realizar Consultoria. Destas (46,2%), metade afirma ter recursos e a outra metade afirma não os ter. Na globalidade, 21,6% dos elementos integrantes de CE seriam capazes de executar o trabalho de consultor.

A totalidade das CE afirma que os Consultores devem ser membros integrantes da comissão. Contudo, 46,7% acreditam que a Consultoria Assistencial deve ser realizada por um só indivíduo, enquanto as restantes (53,3%) acham que devem ser privilegiadas as consultas realizadas por um pequeno grupo de elementos (com intervalo preferido entre 2 e 5 elementos). Observamos ainda que apenas uma CE não estaria disponível para avaliação de casos mais complexos, com o(s) consultor(es).

O pedido de consultoria para a maioria das CE (85,7%) não poderia ser realizado como qualquer outro pedido de consulta de especialidade, sendo que para efetivar o pedido, a maioria (57,1%) afirma que seriam necessários 5 a 10 dias, 28,6% não sabe especificar e 14,3% conseguiriam efetivar o pedido num dia.

Os tempos considerados ideais para disponibilidade do consultor seriam até 6h por dia (77,8%), 1 a 2 dias por semana (60%). Todavia, o tempo de resposta ideal por parte do consultor é variável para 20% das CE, até 5 dias para 60% e entre 6 e 10 dias para as restantes (20%).

A moda e a frequência validada das respostas para cada afirmação das Escalas de *Likert* podem ser encontradas nas *Tabela I, II, III* e *IV*.

Relativamente às características e aptidões necessárias num consultor, a maioria das CE (84,5%) mostrou concordar com as afirmações apresentadas. O mesmo se verificou no que toca ao papel das CE e dos consultores, em que 85,7% das CE concordaram com as premissas, destacando-se que 28,6% das CE discordam que devam "ter um papel de regulação e vigilância dos consultores".

Face às vantagens e desvantagens da Consultoria Assistencial apresentadas, apesar da maioria das CE concordar com as asserções (79,7% e 51,4% respetivamente), existem algumas divergências. É de destacar que, no que toca às vantagens, a afirmação "O consultor é integrado na equipa multidisciplinar que acompanha o paciente, seguindo o caso ao longo da evolução" apresentou uma taxa de discórdia de 28,6%. No que diz respeito às desvantagens, algumas CE não consideram como tal a "Pressão para resolução de problemas rapidamente, não permitindo a reflexão ideal" (21,4%), "O consultor [ter] de apresentar todos os conhecimentos e capacidades para avaliar conflitos éticos" (28,6%) e, por fim, a "Ausência de multidisciplinaridade" (28,6%). É de reforçar que no que toca à primeira e à segunda afirmação a moda das respostas se enquadra na categoria "Neutra", já no que toca à terceira, a moda de respostas encontrada integra-se na categoria "Discorda"/"Neutra".

Dado o facto de a amostra ser muito reduzida, não foi possível encontrar correlações entre as variáveis.

Quando pertinente, a análise mais detalhada dos dados pode ser encontrada no *Apêndice 2: Tabelas – Resultados.*

Discussão

Face à nova legislação portuguesa, as competências das CE tornaram-se mais transversais, mantendo-se como objetivo primário a avaliação e deliberação de dilemas éticos relacionados com a prática clínica (através da CABC ou ações de formação/educacionais) ou a investigação biomédica, de forma a respeitar os valores pessoais e a identidade de todo o ser humano.[2,4,12-14] Porém, o crescente desenvolvimento tecnológico e científico, que promove um aumento exponencial na área da investigação,[15-17] a possível existência de apenas uma CE para os Centros Académicos Clínicos (que incluem instituições de saúde, instituições de ensino superior e centros de investigação biomédica) e o funcionamento das CE em reuniões plenárias, na maioria dos casos mensais, podem levar a que modelos assistenciais baseados exclusivamente nas CE apresentem baixa capacidade de resolução de pedidos relacionados com a assessoria à prática clínica em tempo real.[4,5,9,15-18]

O suporte e assessoria ética, tendo em vista a complexidade crescente das questões morais que se levantam no exercício clínico, parece ser cada vez mais procurado, isto é, o interesse por parte dos profissionais de saúde por e para aconselhamento e educação na área tem aumentado, seja através de interação com consultores, de ações de formação ou discussão "aberta" de casos clínicos da instituição que suscitaram questões éticas anteriormente.[3,8,12,13,16,19-23] No entanto, muitos profissionais afirmam que deveria haver um maior investimento na formação em bioética do corpo clínico e que o procedimento de requisição de uma consulta está adjacente a um processo burocrático demasiado extenso, pelo que muitas vezes optam por deliberar individualmente ou pedindo auxílio e opinião informal aos seus colegas, mesmo sabendo que deveriam solicitar ajuda mais especializada.[12,17,19,24-26]

De modo a colmatar estas adversidades, e uma vez que se demonstra que a existência de um suporte ético para decisão e aconselhamento contribui para um melhor *outcome* de pacientes, satisfação de profissionais de saúde e para o desenvolvimento e melhor prática institucional, muitos países adotaram sistemas de CABC individual ou em pequeno grupo.[5,6,8,16,26]

Neste sentido, o presente estudo pretendeu averiguar a opinião das CE portuguesas sobre estes modelos de CABC e a sua aplicabilidade na realidade atual da constituição, funções e recursos que apresentam. Porém, 71,4% das CE afirmaram que os atuais recursos não permitem a aplicação deste sistema, principalmente por falta de tempo e por falta de pessoal, sendo que 22,2% destas CE não consideram a CABC parte das suas funções, pelo que a existência efetiva de possíveis recursos pode não ter sido devidamente avaliada.

Na verdade, a investigação biomédica e a avaliação da sua relevância e metodologia, continuam a ser a principal e tradicional área de intervenção das CE.[15-17] Em 26,7% dos casos esta

atividade é exclusiva, e nos restantes 73,3%, as CE também abordam e atuam sobre outros temas, como direitos dos doentes, acesso à informação clínica, atuação deontológica e pedidos de medicação *off-label*.

A grande maioria dos pedidos efetuados às CE (100% dos pareceres e 81,8% das consultas), advieram de profissionais de saúde, o que está de acordo com a bibliografia.[13,24] Ainda neste sentido, vários estudos demonstram que pessoas com conhecimento na área, que já realizaram algum pedido de consulta ou foram membros ativos de CE estão mais predisponíveis a requisitar estes serviços.[13,19,27]

Não obstante ao tipo de instituição a que pertencem, a maioria das CE realizou, em média, menos de 50 pareceres (64,3%) e menos de 50 consultas (80%), por ano. Estão descritas diversas razões que explicam a baixa procura, em especial para as consultas, uma vez que estas dependem do sistema utilizado,[8] como o processo de preparação do caso para apresentação à CE, desconhecimento das vantagens de receber recomendações, diferentes visões ou experiências prévias e tempo alargado que leva entre o pedido e a obtenção de resposta por parte da CE.[8,9,28]

Segundo o nosso estudo, utilizando um método de consultoria assistencial com recurso a uma CE, em 76,9% dos casos são necessários cerca de 30 dias para obtenção de resposta, sendo que quando questionadas sobre o tempo ideal de resposta face a um pedido de consulta, para 60% das CE este seria até 5 dias, 20% seria entre 6 e 10 e para as restantes este tempo é variável consoante o caso. O consultor deveria, desta forma, estar disponível idealmente até 6h por dia (77,8%), 1 a 2 dias por semana (60%). Os dados encontrados na bibliografia, afirmam que o serviço CABC pode funcionar 24 horas por dia, 7 dias por semana.[5,6]

Atente-se que, todavia, uma CE já implementou a CABC individual no seu trabalho, e que apresenta dois membros em presença efetiva permanente, indo de acordo com o já mencionado e idealizado na bibliografia para este modelo, e rejeitando os principais motivos para a não implementação deste sistema por parte das restantes CE. É de referir que esta CE realizou mais de 500 consultas, por ano, entre 2018 e 2019, sendo a CE com maior atividade neste campo, comparativamente às restantes, uma vez que a segunda com maior número de consultas realizadas não ultrapassou as 150, demonstrando-se assim a eficiência deste método. Contudo, uma vez que não se verificaram correlações entre as variáveis e não obtivemos justificação face ao porquê de terem conseguido aplicar este sistema, não sabemos o que a distingue, em termos de organização logística e de recursos das restantes.

Na literatura, consideram-se como fatores necessários ao sucesso da implementação de um sistema de CABC individual ou em pequeno grupo, a integração e o suporte institucional, garantindo que os consultores têm acesso aos recursos, compensação e tempo necessários para o exercício das suas funções em CABC.[4,8,19,21,29]

Massano e Almeida[30] levantam a possibilidade de profissionalização e dedicação exclusiva de alguns membros da CE/consultores à atividade assistencial,[8,30,31] isto é, a existência de profissionais a tempo inteiro, que podem ser especificamente contratados pelos hospitais para desempenhar esta função.[32]

Segundo dados da *ASBH,* a certificação profissional beneficiaria os consultores a diversos níveis: validação do seu conhecimento, legitimidade profissional, reconhecimento entre profissionais de saúde e outros membros da comunidade, melhoria da prática profissional, crescimento pessoal e avanço na carreira, maior suporte institucional e aumento/bónus salarial.[31]

Apesar da profissionalização da CABC levantar questões como o impacto na multidisciplinariedade dos elementos, a supervisão e regulamentação de normas, os custos e remunerações, imporia, também, a implementação de *standards,* a certificação e a acreditação dos consultores e, por conseguinte, das instituições que estes integram, exigindo-lhes um nível mínimo de competências e estabelecendo uma relação de maior confiança entre os consultores e a comunidade.[33-37]

Atualmente, não há nenhum requisito, a nível prático ou formativo, que estabeleça a aptidão de determinado indivíduo para desempenhar o papel de consultor, contudo, apesar de a CABC não ser considerada uma componente da prática clínica no sentido convencional, a análise e deliberação que dela advêm podem afetar decisões clínicas e de gestão dos pacientes.[37,38] Consequentemente, o impacto na prática clínica, reforça a importância da qualificação dos consultores, cujo papel é reconhecido graças à sua formação e aptidões diferenciadas.[38]

Desta forma, mesmo não estando definidos e uniformizados os elementos necessários ao consultor e não havendo consenso no que toca aos componentes indispensáveis na sua prática e formação para que estes sejam considerados indivíduos qualificados,[2,21,23,37] a experiência na prática ético-clínica, o *background* profissional, a formação e as habilidades do mesmo, são apresentadas como componentes de relevo na ponderação da qualidade do seu trabalho, devendo coexistir em sinergia.[8,17,29]

O conhecimento formal na área da Bioética é visto como um grande benefício, na medida em que permite uma interpretação mais crítica de leis, políticas e *guidelines*, potencia a discussão e a capacidade deliberativa,[5,14,17,21,37] sempre que aliado à interpretação do contexto clínico do caso e dos seus *stakeholders.*[5,14,17,38] No entanto, alguns estudos afirmam que muitas instituições podem apresentar, como membros da CE, elementos voluntários, com pouca prática e formação,[12,22,39] e mesmo aqueles com alguma experiência, na sua maioria tem pouca formação.[19,39]

Em Portugal, os elementos da CE são selecionados pelo órgão máximo da instituição a que pertencem, não estando, também, regularizados os requisitos necessários para se tornarem elegíveis ao cargo.[4] No nosso estudo observamos que 51% dos membros integrantes de CE afirmam

ter algum tipo formação na área, maioritariamente por frequência em palestras, *workshops,* congressos e/ou conferências. Este valor (aproximadamente metade) pode ser considerado baixo ou insuficiente, corroborando a bibliografia supracitada, na medida em que, preferencialmente, a grande maioria dos membros da CE, se não todos, teriam formação.[38] Esta deveria ser especializada e diversificada, uma vez que, por vezes, a formação apresentada não é suficiente para dar resposta a todo o tipo de pedidos solicitados nas diversas áreas de intervenção da CABC.[40]

Neste sentido, parece-nos relevante proporcionar aos membros das CE/consultores formação especializada. É importante que cada membro tenha as habilidades e conhecimentos básicos essenciais para abordar as questões que lhes são apresentadas, visto que, consultores qualificados têm um papel valioso face à crescente complexidade das questões morais, tendo em vista o desenvolvimento da área da saúde e tecnologia e o aumento e diversificação da procura do serviço de assistência à prática clínica.[12,13,16,19-22,37,41]

No que toca à experiência na área, identificada como uma mais-valia na qualidade do trabalho de consultoria, independentemente do modelo aplicado,[8,17,29] esta possibilidade não é contemplada pela atual legislação, uma vez que o período máximo de mandato para cada elemento da CE é de 8 anos,[4] limitando o tempo de atividade e até podendo restringir a otimização do trabalho realizado.[8]

Outras aptidões e características necessárias ao consultor descritas na bibliografia são: a capacidade de analisar e avaliar conflitos éticos, identificando opções eticamente justificáveis, facilitar os encontros formais e informais entre todos os indivíduos de interesse do caso em questão, apresentar pensamento crítico, reconhecendo as suas limitações, bem como recolher e verificar informação clínica, social e cultural.[3,5,6,9,17,19,22,37,42,43] Estas vão ao encontro da opinião da maioria das CE (84,5%), porém de entre os seus membros apenas 21,6% seriam capazes de desempenhar este papel. Este resultado pode refletir a preferência das CE quanto ao método de aplicação da CABC, onde 53,3% das CE acredita que o melhor sistema é através de um pequeno grupo de consultores e não individualmente (46,7%), podendo dever-se ao facto de que no caso do pequeno grupo, as capacidades e competências necessárias ao consultor podem estar subdividias entre os vários elementos, não cabendo a um só toda a responsabilidade do processo.[8,21,37]

Os dados encontrados na bibliografia quanto a esta temática são contraditórios. Enquanto alguns autores afirmam que o método individual é mais vantajoso, sendo mais custo-efetivo e menos intimidante,[5,6] outros referem que os profissionais se sentem mais à vontade perante um pequeno grupo multidisciplinar.[8,12,13] Existem ainda autores que defendem que não existe um método preferencial, uma vez que todos são dotados de vantagens e desvantagens.[21] Assim, e uma vez que os valores que obtivemos são bastante próximos, não podemos descartar a possibilidade de o método individual poder também ser vantajoso, no contexto específico de cada CE portuguesa.

Deste modo, sendo tida como a mais vantajosa, analisaram-se as características da CABC individual, tendo a maioria das CE concordado, na sua globalidade, com as vantagens (79,7%) e desvantagens (51,4%) apresentadas na bibliografia.[5,8,9,12,13,22,28,44]

São-nos apresentadas como vantagens: maior acesso e brevidade de resposta, a apresentação de todos os conhecimentos e capacidades por parte do consultor e o seu apoio direto a pacientes, familiares e profissionais, a mitigação das "consultas de corredor" e a maior uniformidade e menor variabilidade do processo de consulta; porém, apesar de diversos autores referirem como vantagem o consultor integrar a equipa multidisciplinar que acompanha o paciente, 28,6% das CE não concorda com a afirmação.

Quanto às desvantagens, o facto de o consultor ter de apresentar todos os conhecimentos e capacidades para avaliar conflitos éticos e a ausência de multidisciplinariedade, não foram vistas como tal por 28,6% das CE, estando a moda das respostas referente a esta última desvantagem integrada na categoria "Discordo"/"Neutra". No que refere à existência de pressão para a resolução dos problemas rapidamente, não permitindo a reflexão ideal (21,4% das CE discordaram) e a uma abordagem individual, levando ao possível viés pessoal do consultor, a moda de ambas as respostas insere-se na categoria "Neutra". A falsa ideia de desresponsabilização dos clínicos face às decisões éticas do caso, foi a premissa mais comummente aceite como desvantagem do modelo de consultoria, pelas CE.

Por outro lado, as CE, na sua totalidade, afirmaram que o papel de consultor deve ser desempenhado por membros que as integrem. Assim, é possível estabelecer uma ligação direta entre as CE e os consultores, para que a sua atividade esteja em sincronia e para que estes trabalhem de forma complementar. Apesar de o consultor ser uma entidade independente e autossuficiente, pode apresentar à CE os casos mais complexos e receber o apoio e a visão multidisciplinar da CE, quando necessário.[9,32]

Desta forma, na globalidade (85,7%), as CE concordam com os papéis que estas entidades devem representar individualmente e em comunhão, entre si e com a instituição, referidos na bibliografia.[3,5,6,9,18,19,24,26] Isto é, a CE deve cooperar com os consultores sempre que necessário, deve consolidar o seu papel produzindo guias de ação para os dilemas éticos mais frequentes ou através do estudo retrospetivo dos casos analisados pelo consultor, permitindo a melhoria do cuidado ao paciente. Por oposição, 28,6% das CE discordam que estas devem ter um papel na regulação e vigilância dos consultores.

Ainda nesta linha, as CE concordam que cada caso clínico referenciado para consultoria é uma oportunidade para educar, relativamente ao problema em questão, a equipa responsável pelos cuidados de saúde do paciente; que os processos clínicos e as bases de dados deveriam

apresentar uma secção para narrativa do consultor e que deveriam ser aplicadas diretrizes gerais para que o modelo de CABC não seja demasiado heterogéneo entre hospitais.

Valorizando esta estreita relação entre as duas entidades, a adição de um sistema de CABC, com recurso a consultores individuais ou em pequeno grupo, às funções da CE, poderia, assim, ser uma mais-valia, institucional e orgânica, não só reduzindo a sobrecarga de trabalho da CE em reunião plenária, como aumentando a eficiência do processo de assistência na prática clínica, reduzindo o período de espera desde o pedido de consulta até à obtenção de resposta e dando maior resposta à procura de apoio, suporte e orientação face a diferentes conflitos éticos vivenciados no exercício clínico, por profissionais, pacientes e familiares.

É de notar, no entanto, que este estudo possui algumas limitações. Primeiramente, o tamanho reduzido da amostra (limitação verificada anteriormente noutros estudos da área[12,15]), com questionários incompletos e respostas inadequadas às questões, não permitiu obter correlações significativas entre as variáveis. Apesar das diversas tentativas de contacto, a inexistência de uma lista de todas as CE atualizada e dos seus contactos, bem como o facto de os *websites* das respetivas entidades se encontrarem incompletos no que toca à informação referente à CE, dificultaram a confirmação da receção de vários questionários. Ainda nesta linha, algumas CE mostraram-se indisponíveis para participar no estudo.

Por conseguinte, devemos, também, referir o possível viés de autosseleção, inerente a um estudo em que a participação dos inquiridos é voluntária, uma vez que, por norma, a população que responde ao questionário tem maior disponibilidade e interesse no assunto em estudo, tendo características diferentes da população que não responde.

Uma vez que não existem estudos prévios semelhantes em Portugal, o questionário foi criado não tendo por base nenhum outro pré-existente, pelo que não se trata de um questionário validado para a população em causa e foi desenhado baseado na literatura consultada. Assim, este pode ser melhorado, alterado linguisticamente para melhor compreensão por parte dos inquiridos, bem como ir de encontro a mais pontos-chave encontrados na literatura.

Devemos ainda referir que nenhuma da informação presente nas respostas ao questionário foi sujeita a verificação, dada a anonimização dos resultados.

Conclusão

A CABC, em Portugal, é executada mais frequentemente pelas CE. No entanto, estas apresentam limitações como o período de tempo prolongado para obtenção de resposta, o que reduz a sua utilidade. Atualmente, a maioria das CE demora cerca de 30 dias a dar resposta aos pedidos que lhe fazem, apesar de afirmarem que o tempo de resposta ideal não superaria os 10 dias.

Mesmo concordando com as vantagens inerentes ao modelo de CABC individual ou em pequeno grupo, face ao modelo aplicado em CE, a maioria das CE afirmam não ter condições para o aplicar. São apontados como os principais motivos a falta de tempo ou a falta de pessoal, sendo que algumas declaram que esta atividade nem faz parte das suas funções. Contudo, estes problemas podem, também, refletir-se no reduzido número de pareceres e consultas (menos de 50) realizado, atualmente, pela maioria das CE. E, se a adversidade em relação à falta de elementos pode ser combatida aumentado o número de elementos por CE (uma vez que a média é inferior ao número máximo permitido), a falta de tempo só poderá ser colmatada com o reconhecimento desta atividade no labor profissional ou até com a possibilidade de dedicação exclusiva à CE e a profissionalização da Consultoria.

Ainda nesta linha, e tendo em vista que todas as CE consideram que os consultores devem fazer parte da sua constituição, destaca-se a importância da experiência no papel do consultor, que estará limitada a 8 anos - período máximo de participação na CE. Esta limitação condiciona a aprendizagem e o domínio do exercício ético na prática clínica, podendo reduzir a produtividade global dos modelos de CABC. O mesmo se observa no que toca à formação, em que apesar de aproximadamente metade dos membros integrados em CE apresentarem algum tipo de formação na área da Bioética, esta muitas vezes parece ser insuficiente para efetuar consultoria, dado que apenas um quarto dos elementos das CE teria capacidade para desempenhar o papel de consultor.

Assim, é necessário melhorar estes pontos, quantitativa e qualitativamente, para tornar este método de CABC possível, em Portugal, uma vez que constituiria uma forma factível, mais rápida e melhorada de assessoria nas decisões ético-clínicas; o que pode ser demonstrado pela taxa de resposta da CE que já aplicou este modelo, face às restantes.

A partilha de experiências pioneiras e mais investigação poderão contribuir para a mudança de paradigma, com CE mais sensibilizadas para a relevância do exercício da CABC.

Apêndices

Apêndice 1: Questionário

Consultoria Assistencial em Bioética Clínica na Realidade das Comissões de Ética para a Saúde Portuguesas

Dada a atualização legislativa face à composição, constituição, competências e funcionamento das Comissões de Ética para a Saúde - CES (Decreto-Lei n.º 80/2018 de 15 de outubro) e ao baixo número de requisições realizadas a estas no que toca à assessoria na Prática Clínica, levanta-se a questão se seria pertinente disponibilizar, entre as competências destas comissões, um serviço de consultoria assistencial em bioética clínica.
A American Society for Bioethics and Humanities define Consultoria como o conjunto de serviços oferecido por um indivíduo ou pequeno grupo em resposta a questões de pacientes, famílias, profissionais de saúde ou qualquer outra entidade envolvida que procurem resolver incertezas ou conflitos e preocupações que emergem dos cuidados de saúde, trabalhando o consultor em cooperação e complementaridade com a Comissão de Ética.
Assim, este estudo, no âmbito da realização de uma Tese de Mestrado Integrado em Medicina, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, tem como objetivo obter informação sobre a composição e prática das CES Portuguesas e conhecer a opinião destas sobre a aplicabilidade de um sistema de Consultoria na atual realidade das mesmas, bem como fazer uma breve revisão sobre as vantagens e desvantagens da utilização deste modelo.

A participação deste estudo é de cariz voluntário. Durante o processo é garantida a confidencialidade dos dados e de toda a informação que permita identificar os participantes da mesma. O material colhido não estará sujeito a comercialização e/ou disseminação que possa prejudicar os inquiridos ou o local de trabalho. Faz-se compromisso responder a quaisquer perguntas sobre o estudo e os seus objetivos, bem como, manter os participantes informados, se assim o desejarem, sobre o progresso do mesmo e, após o seu términus, sobre os seus resultados.

Solicitamos, assim, a sua colaboração na resposta de cada item. Sempre que necessário irá encontrar indicações para auxiliar o preenchimento do questionário ao longo do mesmo.

Agradecemos antecipadamente a sua participação e contributo.

Catarina Gonçalves (cateagoncalves@gmail.com)

Orientador: Prof. Dr. Paulo Maia
Coorientador: Prof. Doutor Rui Nunes

I. Caracterização da Comissão de Ética

1. Tipo de entidade a que pertence a Comissão de Ética (Hospital Público, Privado ou Universitário): *

2. Número de camas do Hospital: *

- ◯ < 200
- ◯ 200 - 400
- ◯ 400 - 600
- ◯ > 600

3. Composição da Comissão de Ética, número por:

3.1. Área de Formação *

Médicos	
Farmacêuticos	
Enfermeiros	
Juristas	
Filósofos	
Outros (especifique quais e quantos)	

3.2. Sexo *

Feminino	
Masculino	

3.3. Idade *

Mínima

Máxima

4. Quantos membros da comissão têm formação na área da Bioética? *

4.1. Número de elementos por tipo de formação: *

Durante a licenciatura/mestrado integrado em Medicina

Palestras, workshops, congressos ou conferências

Curso ou Pós-Graduação

Outras (especifique quais e quantos)

5. Quantos membros da comissão têm capacidade para formar outros profissionais ou estudantes, da unidade de saúde a que pertencem, na área da Bioética? *

6. Que ofertas formativas foram realizadas pela comissão de Ética nos últimos 2 anos (2018 e 2019): *

Pode escolher várias opções.

- [ ] Palestras
- [ ] Guias, diretrizes e recomendações
- [ ] Outros (especifique)

II. Atividade da Comissão de Ética

1. Pareceres emitidos pela Comissão de Ética

1.1. Quantos foram realizados no ano de... *

2018

2019

1.2. Relativos a que temas? *

Pode escolher várias opções.

- [ ] Investigação clínica
- [ ] Direitos dos doentes
- [ ] Atuação deontológica dos profissionais
- [ ] Acesso a informação em saúde
- [ ] Outros (especifique)

1.3. Quanto tempo (em dias) é necessário para obter resposta por parte da Comissão? *

1.4. Quem recorre com mais regularidade a estes pedidos? *

- ( ) Pacientes
- ( ) Profissionais
- ( ) Familiares
- ( ) Outro (especifique)

II. Atividade da Comissão de Ética

2. Consultoria em Comissão de Ética

2.1. Quantas foram realizados no ano de... *

2018

2019

2.2. Relativas a que temas? *

Pode escolher várias opções.

- [ ] Direitos dos doentes
- [ ] Atuação deontológica dos profissionais
- [ ] Acesso a informação em saúde
- [ ] Outros (especifique)

2.3. Quanto tempo (em dias) é necessário para obter resposta por parte da Comissão? *

2.4. Quem recorre com mais regularidade a estes pedidos? *

- ( ) Pacientes
- ( ) Profissionais
- ( ) Familiares
- ( ) Outro (especifique)

III. Consultoria Assistencial em Bioética Clínica

1. Os atuais recursos permitem a aplicação de um modelo de Consultoria Assistencial no trabalho da Comissão de Ética? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

1.1. Explique brevemente porquê: *

Caso este sistema seja/fosse aplicável:

2. Quantos membros da atual Comissão poderiam desempenhar o papel de consultor? *

3. Indique, para as seguintes afirmações, o grau de concordância, utilizando a escala apresentada:

3.1. São características e aptidões necessárias no Consultor, a capacidade de: *

1 – Discordo totalmente
2 – Discordo
3 – Nem concordo nem discordo
4 – Concordo
5 – Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
Analisar e avaliar conflitos éticos	◯	◯	◯	◯	◯
Identificar e avaliar opções eticamente justificáveis	◯	◯	◯	◯	◯
Facilitar os encontros formais e informais entre todas as pessoas de interesse no caso em questão	◯	◯	◯	◯	◯
Pensamento crítico	◯	◯	◯	◯	◯
Reconhecer as suas limitações	◯	◯	◯	◯	◯
Recolha e verificação de informação clínica, social e cultural	◯	◯	◯	◯	◯

4. Os consultores devem, na sua maioria, ser: *

- ◯ Membros integrantes da Comissão de Ética
- ◯ Membros externos

5. Seriam privilegiadas as consultas realizadas: *

- ◯ Individualmente
- ◯ Em pequeno grupo

5.1. Em caso de pequeno grupo, quantas pessoas deveriam ser destacadas? *

Mínimo

Máximo

6. O pedido de consultoria poderia ser realizado como qualquer outro pedido de consulta de especialidade? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

6.1. Quanto tempo (em horas/dias) seria necessário para o efetivar? *

7. Disponibilidade dos consultores *

Dias por semana

Horas por dia

8. Qual seria o tempo (em dias) de resposta ideal por parte do consultor? *

9. A Comissão de Ética estaria sempre disponível para a avaliação de casos mais complexos? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

10. Tendo em conta o papel das Comissões de Ética e dos Consultores, indique, para as seguintes afirmações, o grau de concordância, utilizando a seguinte escala: *

1 – Discordo totalmente
2 – Discordo
3 – Nem concordo nem discordo
4 – Concordo
5 – Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
A Comissão de Ética deve ter um papel de regulação e vigilância dos consultores	◯	◯	◯	◯	◯
A Comissão de Ética deve cooperar com os consultores sempre que necessário	◯	◯	◯	◯	◯
A Comissão de Ética deve consolidar o papel dos consultores, produzindo guias de ação para os dilemas éticos mais frequentes	◯	◯	◯	◯	◯
Através do estudo retrospetivo dos casos analisados pelos consultores, a Comissão de Ética pode reforçar o seu papel, analisando problemas comuns na sua instituição e criando planos de ação que permitam a melhoria do cuidado ao paciente	◯	◯	◯	◯	◯
Cada caso clínico referenciado é uma oportunidade para educar a equipa responsável pelos cuidados de saúde do paciente relativamente ao problema em questão	◯	◯	◯	◯	◯
Os processos clínicos e base de dados devem apresentar uma secção para narrativa do consultor (recomendações, outcomes...)	◯	◯	◯	◯	◯
Devem ser aplicadas diretrizes gerais para que o modelo de Consultoria não seja demasiado heterogéneo entre hospitais	◯	◯	◯	◯	◯

10.1. As principais vantagens da Consultoria Assistencial Individual são: *

1 – Discordo totalmente
2 – Discordo
3 – Nem concordo nem discordo
4 – Concordo
5 – Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
Maior acesso e brevidade de resposta	○	○	○	○	○
O consultor tem de apresentar todos os conhecimentos e capacidades para avaliar conflitos éticos	○	○	○	○	○
O consultor é integrado na equipa multidisciplinar que acompanha o paciente, seguindo o caso ao longo da sua evolução	○	○	○	○	○
Apoio direto a pacientes, familiares e profissionais	○	○	○	○	○
Redução das "consultas éticas de corredor"	○	○	○	○	○
Uniformidade e menor variabilidade do processo	○	○	○	○	○

10.2. As principais desvantagens da Consultoria Assistencial Individual são: *

1 – Discordo totalmente
2 – Discordo
3 – Nem concordo nem discordo
4 – Concordo
5 – Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
Pressão para resolução de problemas rapidamente, não permitindo a reflexão ideal	○	○	○	○	○
O consultor tem de apresentar todos os conhecimentos e capacidades para avaliar conflitos éticos	○	○	○	○	○
Abordagem individual – possível viés pessoal do consultor	○	○	○	○	○
Ausência de multidisciplinariedade	○	○	○	○	○
Falsa desresponsabilização dos clínicos face as decisões éticas do caso	○	○	○	○	○

Apêndice 2: Tabelas – Resultados

Tabela I – Características e Aptidões necessárias no Consultor – Parte III, Pergunta 3.1

	Frequência Validada (%)				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Analisar e avaliar conflitos éticos	0	0	7,1	21,4	71,4
Identificar e avaliar opções eticamente justificáveis	0	0	7,1	28,6	64,3
Facilitar os encontros formais e informais entre as pessoas de interesse no caso em questão	0	7,1	28,6	28,6	35,7
Pensamento Crítico	0	0	7,1	7,1	85,7
Reconhecer as suas limitações	0	0	14,3	21,4	64,3
Recolha e verificação de informação clínica, social e cultural	7,1	0	14,3	28,6	50
Avaliação Global da Escala	2,4		13,1	84,5	

Nota: Ntotal=19, Nválido=14. Classificação: 1 e 2 = Discordo, 3 = Neutro, 4 e 5 = Concordo.

Tabela II – Papel das Comissões de Ética e dos Consultores – Parte III, Pergunta 10

	Frequência Validada (%)				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
A Comissão de Ética deve ter um papel de regulação e vigilância dos consultores	0	28,6	7,1	35,7	28,6
A Comissão de Ética deve cooperar com os consultores sempre que necessário	0	0	0	42,9	57,1
A Comissão de Ética deve consolidar o papel dos consultores, produzindo guias de ação para dilemas éticos mais frequentes	0	0	0	42,9	57,1
Através do estudo retrospetivo dos casos analisados pelos consultores, a Comissão pode reforçar o seu papel, analisando problemas comuns na sua instituição e criando planos de ação que permitam a melhoria do cuidado ao paciente	0	7,1	7,1	35,7	50
Cada caso clínico referenciado é uma oportunidade para educar a equipa responsável pelos cuidados de saúde do paciente relativamente ao problema em questão	0	7,1	7,1	28,6	57,1
Os processos clínicos e as bases de dados devem apresentar uma secção para narrativa do consultor (recomendações, *outcomes…*)	0	7,1	14,3	42,9	35,7
Devem ser aplicadas diretrizes gerais para que o modelo de Consultoria não seja demasiado heterogéneo entre hospitais	0	7,1	7,1	64,3	21,4
Avaliação Global da Escala	8,2		6,1	85,7	

Nota: Ntotal=19, Nválido=14. Classificação: 1 e 2 = Discordo, 3 = Neutro, 4 e 5 = Concordo.

Tabela III – Vantagens da Consultoria Individual – Parte III, Pergunta 10.1

	Frequência Válida (%)				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Maior acesso e brevidade de resposta	0	7,1	14,3	57,1	21,4
O consultor tem de apresentar todos os conhecimentos e capacidades para avaliar conflitos éticos	0	0	14,3	42,9	42,9
O consultor é integrado na equipa multidisciplinar que acompanha o paciente, seguindo o caso ao longo da sua evolução	0	28,6	21,4	35,7	14,3
Apoio direto a pacientes, familiares e profissionais	0	0	21,4	50	28,6
Redução das "consultas éticas de corredor"	0	0	7,1	35,7	57,1
Uniformidade e menor variabilidade do processo	0	0	7,1	57,1	35,7
Avaliação Global da Escala	6		14,3	79,7	

Nota: Ntotal=19, Nválido=14. Classificação: 1 e 2 = Discordo, 3 = Neutro, 4 e 5 = Concordo.

Tabela IV – Desvantagens da Consultoria Individual – Parte III, Pergunta 10.2

	Frequência Válida (%)				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Pressão para resolução de problemas rapidamente, não permitindo a reflexão ideal	0	21,4	35,7	28,6	14,3
O consultor tem de apresentar todos os conhecimentos e capacidades para avaliar conflitos éticos	7,1	21,4	14,3	35,7	21,4
Abordagem individual – possível viés pessoal do consultor	0	7,1	42,9	28,6	21,4
Ausência de multidisciplinariedade	0	28,6	28,6	21,4	21,4
Falsa desresponsabilização dos clínicos face às decisões éticas do caso	0	7,1	28,6	57,1	7,1
Avaliação Global da Escala	18,5		30	51,4	

Nota: Ntotal=19, Nválido=14. Classificação: 1 e 2 = Discordo, 3 = Neutro, 4 e 5 = Concordo.

Tabela V – Caracterização da Entidade em que as Comissões de Ética se inserem – Parte I, Pergunta 1 e 2

Tipo	**Frequência Válida (%)**
Público	72,2
Universitário	22,2
Privado	5,6
Dimensões (nº de camas)	**Frequência Válida (%)**
< 200	16,7
200 – 400	61,1
400 – 600	11,1
> 600	11,1

Nota: Ntotal=19, Nválido=18.

Tabela VI – Número de elementos por Comissão de Ética

Média	8
Moda	7
Máximo	11
Mínimo	6

Nota: Ntotal=19, Nválido=18.

Tabela VII – Área de Formação dos elementos das Comissões de Ética – Parte I, Pergunta 3.1

Profissão	Frequência Média Válida (%)
Médicos	34,3
Farmacêuticos	10,5
Enfermeiros	17,5
Juristas	10,5
Filósofos	3,5
Teólogos	7,7
Assistentes Sociais	4,9
Psicólogos	4,2
Outros	7

Nota: Ntotal=19, Nválido=18.

Tabela VIII - Dados sociodemográficos dos elementos das Comissões de Ética – Parte I, Perguntas 3.2 e 3.3

Sexo	**Frequência Média Válida (%)**
Feminino	51,7
Masculino	48,3
Idade	
Máxima	78
Mínima	33

Nota: Ntotal=19, Nválido=18.

Tabela IX – Método de formação na área da Bioética (entre os elementos com formação) – Parte I, Pergunta 4.1

	Frequência Média Válida (%)
Durante a licenciatura/Mestrado integrado em Medicina	39,7
Palestras, Workshops, Congressos e/ou Conferências	72,6
Cursos e/ou Pós-graduações	43,8
Mestrado e/ou Doutoramento	8,2

Nota: Ntotal=19, Nválido=18. 51% dos membros integrantes das CE têm formação na área.

Tabela X – Atividades formativas realizadas pelas Comissões de Ética em 2018 e 2019 – Parte I, Pergunta 6

	Frequência Média Válida (%)
Palestras	29,4
Guias, diretrizes e recomendações	17,6
Palestras + Guias, diretrizes e recomendações	29,4
Nenhuma	11,8
Outras	11,8

Nota: Ntotal=19, Nválido=17.

Tabela XI – Número de pareceres realizados pelas Comissões de Ética (valor médio entre 2018 e 2019) – Parte II, Pergunta 1.1

Nº de Pareceres	Frequência Válida (%)
1-50	64,3
51-100	21,4
101-150	7,1
> 500	7,1

Nota: Ntotal=19, Nválido=14.

Tabela XII – Temas de pareceres realizados pelas Comissões de Ética entre 2018 e 2019 – Parte II, Pergunta 1.2

Temas dos Pareceres	**Frequência Válida (%)**
Investigação clínica	100
Direitos dos doentes	50
Atuação deontológica dos profissionais	56,3
Acesso a informação em saúde	56,3
Outros	18,8

Nota: Ntotal=19, Nválido=16.

Tabela XIII – Número de consultas realizados pelas Comissões de Ética (valor médio entre 2018 e 2019) – Parte II, Pergunta 2.1

Nº de Consultas	Frequência Válida (%)
0	26,7
1-50	53,3
51-100	6,7
101-150	6,7
> 500	6,7

Nota: Ntotal=19, Nválido=15.

Tabela XIV – Temas de consultas realizados pelas Comissões de Ética entre 2018 e 2019 – Parte II, Pergunta 2.2

Temas das Consultas	Frequência Válida (%)
Direitos dos doentes	72,7
Atuação deontológica dos profissionais	72,7
Acesso a informação em saúde	36,4
Outros	45,5

Nota: Ntotal=15, Nválido=11.

Tabela XV – Disponibilidade Ideal por parte dos Consultores – Parte III, Pergunta 7

		Frequência Válida (%)
Dias por semana	1	50
	2	10
	5	20
	7	20
Horas por dia	1-2	22,2
	3-4	33,3
	5-6	22,2
	24	22,2

Nota: Ntotal=19; Nválido(dias)=10, Nválido(horas)=9

Tabela XVI – Tabulação Cruzada entre o Tipo de Entidade e o Número de Pareceres

			Número de Pareceres				Total
			1-50	51-100	101-150	>500	
Tipo de Entidade	Público	Contagem	8	2	1	0	11
		% dentro da Entidade	72,7%	18,2%	9,1%	0,0%	100,0%
	Universitário	Contagem	1	0	0	1	2
		% dentro da Entidade	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	Privado	Contagem	0	1	0	0	1
		% dentro da Entidade	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Contagem	9	3	1	1	14
		% dentro da Entidade	64,3%	21,4%	7,1%	7,1%	100,0%

Nota: Ntotal=19, Nválido=14

Tabela XVII – Tabulação Cruzada entre o Tipo de Entidade e o Número de Consultas

			Número de Consultas					Total
			0	**1-50**	**51-100**	**101-150**	**> 500**	
Tipo de Entidade	**Público**	Contagem	4	5	1	1	0	11
		% dentro da Entidade	36,4%	45,5%	9,1%	9,1%	0,0%	100,0%
	Universitário	Contagem	0	2	0	0	1	3
		% dentro da Entidade	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%
	Privado	Contagem	0	1	0	0	0	1
		% dentro da Entidade	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Contagem	4	8	1	1	1	15
		% dentro da Entidade	26,7%	53,3%	6,7%	6,7%	6,7%	100,0%

Nota: Ntotal=19, Nválido=15

Tabela XVIII – Tabulação Cruzada entre o Número de Pareceres e o Número de Consultas

			Número de Consultas				Total
			0	1-50	51-100	101-150	
Número de Pareceres	1-50	Contagem	3	6	0	0	9
		% dentro do Nº Pareceres	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0 %
	51-100	Contagem	1	1	1	0	3
		% dentro do Nº Pareceres	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0 %
	101-150	Contagem	0	0	0	1	1
		% dentro do Nº Pareceres	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %	100,0 %
	> 500	Contagem	0	1	0	0	1
		% dentro do Nº Pareceres	0,0%	100,0 %	0,0%	0,0%	100,0 %
Total		Contagem	4	8	1	1	14
		% dentro do Nº Pareceres	28,6%	57,1%	7,1%	7,1%	100,0 %

Nota: Ntotal=19, Nválido=14

Tabela XIX – Tabulação Cruzada entre as Dimensões Hospitalares (nº de camas) e o Número de Pareceres

			Número de Pareceres				Total
			1-50	51-100	101-150	> 500	
Dimensões (nº de camas)	< 200	Contagem	2	0	0	0	2
		% dentro das Dimensões	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	200-400	Contagem	7	1	1	0	9
		% dentro das Dimensões	77,8%	11,1%	11,1%	0,0%	100,0%
	400-600	Contagem	0	2	0	0	2
		% dentro das Dimensões	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	> 600	Contagem	0	0	0	1	1
		% dentro das Dimensões	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Contagem	9	3	1	1	14
		% dentro das Dimensões	64,3%	21,4%	7,1%	7,1%	100,0%

Nota: Ntotal=19, Nválido=14

Tabela XX – Tabulação Cruzada entre as Dimensões Hospitalares (nº de camas) e o Número de Consultas

			Número de Consultas					Total
			0	1-50	51-100	101-150	> 500	
Dimensões (nº de camas)	< 200	Contagem	2	0	0	0	0	2
		% dentro das Dimensões	100,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
	200-400	Contagem	1	6	1	1	0	9
		% dentro das Dimensões	11,1%	66,7%	11,1%	11,1%	0,0%	100,0 %
	400-600	Contagem	1	1	0	0	0	2
		% dentro das Dimensões	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
	> 600	Contagem	0	1	0	0	1	2
		% dentro das Dimensões	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0 %
Total		Contagem	4	8	1	1	1	15
		% dentro das Dimensões	26,7%	53,3%	6,7%	6,7%	6,7%	100,0 %

Nota: Ntotal=19, Nválido=15.

Tabela XXI – Tabulação Cruzada entre a Existência de Recursos para Aplicação de um Sistema de Consultoria e o Número de Pessoas que poderiam ser Consultores, em cada Comissão de Ética

			Número de possíveis consultores				Total
			0	1-2	3-6	Desconhecido	
Os atuais recursos permitem a aplicação de um modelo de CABC?	Não	Contagem	2	5	3	0	10
		% dentro de Recursos	20,0%	50,0%	30,0%	0,0%	100,0 %
	Sim	Contagem	0	0	2	1	3
		% dentro de Recursos	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0 %
Total		Contagem	2	5	5	1	13
		% dentro de Recursos	15,4%	38,5%	38,5%	7,7%	100,0 %

Nota: Ntotal=19, Nválido=13.

Tabela XXII – Tabulação Cruzada entre a Existência de Recursos para Aplicação de um Sistema de Consultoria e o Número de Pessoas com Formação em Bioética, em cada Comissão de Ética

			Número de Pessoas com Formação				Total
			1-2	3-4	5-6	> 6	
Os atuais recursos permitem a aplicação de um modelo de CABC?	Não	Contagem	4	1	2	3	10
		% dentro de Recursos	40,0%	10,0%	20,0%	30,0%	100,0%
	Sim	Contagem	1	2	1	0	4
		% dentro de Recursos	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
Total		Contagem	5	3	3	3	14
		% dentro de Recursos	35,7%	21,4%	21,4%	21,4%	100,0%

Nota: Ntotal=19, Nválido=14

Tabela XXIII – Tabulação Cruzada entre o Número de Pessoas que poderiam ser Consultores e o Número de Pessoas com Formação em Bioética, em cada Comissão de Ética

			Número de Pessoas com Formação				Total
			1-2	3-4	5-6	> 6	
Número de pessoas capazes de desempenhar o papel de consultores	0	Contagem	1	0	0	1	2
		% em Consultores	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	1-2	Contagem	3	1	0	1	5
		% em Consultores	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	100,0%
	3-6	Contagem	0	2	2	1	5
		% em Consultores	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	Desconhecido	Contagem	1	0	0	0	1
		% em Consultores	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Contagem	5	3	2	3	13
		% em Consultores	38,5%	23,1%	15,4%	23,1%	100,0%

Nota: Ntotal=19, Nválido=13.

Referências

1. UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. UNESCO Conference. Paris, 2005.
2. Brummett A, Ostertag CJ. Two Troubling Trends in the Conversation Over Whether Clinical Ethics Consultants Have Ethics Expertise. HEC Forum. Jun 2018;30(2):157-169.
3. McClimans L, Pressgrove G, Rhea J. A Qualitative Study of US Clinical Ethics Services: Objectives and Outcomes. Narrat Inq Bioeth. 2016;6(2):127-142.
4. Decreto-Lei n.º 80/2018 de 15 de outubro. Diário da República nº 198/2018 — I Série. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.
5. Fins JJ, Real de Asúa D. La convivencia entre comités y consultores en ética clínica: un ejemplo de model asistencial. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2017; 46:28-37.
6. Gorka C, Craig JM, Spielman BJ. Growing an ethics consultation service: A longitudinal study examining two decades of practice. AJOB Empir Bioeth. Apr-Jun 2017;8(2):116-127.
7. American Society for Bioethics and Humanities. Core Competencies for Healthcare Ethics Consultation. 2nd Edition. 2011.
8. National Center for Ethics in Health Care, Ethics Consultation: Responding to Ethics Questions in Health Care. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs; 2015.
9. Beca JP. Consultores en ética clínica y sus funciones. Bioética: el estado de la cuestión Madrid: Triacastela. 2011:16-40.
10. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Relatório e Parecer Sobre o Projeto de Decreto-Lei que Regula a Composição, Constituição, as Competências e o Funcionamento das Comissões de Ética e Procede à Renovação do Decreto-Lei Nº97/95, de 10 de maio. 2017.
11. Direção Geral de Saúde. Comissões de Ética do Sistema de Saúde. 2010.
12. De Panfilis L, Merlo DF, Satolli R, Perin M, Ghirotto L, Costantini M. Clinical ethics consultation among Italian ethics committee: A mixed method study. PLoS One. 2019;14(12):e0226710.
13. Fuscaldo G, Cadwell M, Wallis K, Fry L, Rogers M. Developing clinical ethics support for an Australian Health Service: A survey of clinician's experiences and views. AJOB Empir Bioeth. Jan-Mar 2019;10(1):44-54.
14. Magelssen M, Pedersen R, Forde R. Four Roles of Ethical Theory in Clinical Ethics Consultation. Am J Bioeth. Sep 2016;16(9):26-33.
15. Caminiti C, Diodati F, Gatti A, Santachiara S, Spinsanti S. Current functions of Italian ethics committees: a cross-sectional study. Bioethics. May 2011;25(4):220-227.
16. De Panfilis L, Merlo DF, Satolli R, Coppola T, Ghirotto L, Costantini M. Clinical Ethics Consultation and Research Ethics Consultation: A Call for Italy. Am J Bioeth. Jan 2018;18(1):63-64.
17. Petrini C, Ricciardi W. Clinical ethics and the role of clinical ethics committees: proposals for a revival. Commentary. Ann Ist Super Sanita. Jul-Sep 2017;53(3):183-184.
18. Rueda FEG, Almonacid LT, Herrera JMS. Bioética clínica al lado del enfermo. Creación y experiencia de un servicio de ética clínica en un hospital universitario. Universitas Médica. 2017;58(2).
19. 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. Apr-Jun 2018;54(2):117-125.
20. Savel RH, Munro CL. Moral Distress, Moral Courage. Am J Crit Care. Jul 2015;24(4):276-278.
21. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for

Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. Ann Intern Med. Jul 4 2000;133(1):59-69.
22. Lipman HI, Powell T. Process Matters: Notes on Bioethics Consultation. AMA J Ethics. May 1 2016;18(5):485-492.
23. Leuter C, Petrucci C, Mattei A, Tabassi G, Lancia L. Ethical difficulties in nursing, educational needs and attitudes about using ethics resources. Nurs Ethics. May 2013;20(3):348-358.
24. Beca JP. Experiência en consultoria ético-clínica en Chile. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2017; 46:38-51.
25. Mohammad M, Ahmad F, Rahman S, Gupta V, Salmanet T. Knowledge, attitudes and practices of bioethics among doctors in a tertiary care government teaching hospital in India. J Clinic Res Bioeth. 2011;2(118):2.
26. Robles PH. Introducción Los CEA en España: de dónde venimos y hacia dónde vamos. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2017; 46:11-25.
27. Morrison W, Womer J, Nathanson P, et al. Pediatricians' Experience with Clinical Ethics Consultation: A National Survey. J Pediatr. Oct 2015;167(4):919-924 e911.
28. Beca JP. Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones. Bioética & Debat 2008;14(54):1-5.
29. Berkowitz KA, Katz AL, Powderly KE, Spike JP. Quality Assessment of the Ethics Consultation Service at the Organizational Level: Accrediting Ethics Consultation Services. Am J Bioeth. 2016;16(3):42-44.
30. Massano J, Almeida FN. Ethics Committees in Portugal: Old and New Challenges. Acta Médica Portuguesa. 2020;33(5):295-296.
31. American Society for Bioethics and Humanities, and PSI Services. Certification for health care ethics consultants: an update, 2017.
32. Picozzi M, Roggi S, Gasparetto A. Role of Clinical Ethics Support Services in End-of-Life Care and Organ Transplantation. Transplant Proc. Nov 2019;51(9):2899-2901.
33. Tarzian AJ, Wocial LD, Committee ACECA. A code of ethics for health care ethics consultants: journey to the present and implications for the field. Am J Bioeth. 2015;15(5):38-51.
34. Spike JP. Baby Steps Toward the Professionalization and Accreditation of Ethics Consultation Services. Am J Bioeth. 2016;16(3):52-54.
35. Yarmolinsky R. Ethics for Ethicists? The Professionalization of Clinical Ethics Consultation. AMA J Ethics. May 1 2016;18(5):506-513.
36. Churchill LR. How Is Ethics Consultation Work Justified? Am J Bioeth. Nov 2019;19(11):63-64.
37. Agich GJ. Ethical Theory and Clinical Ethics Consultation: Toward Understanding the Relationship. Am J Bioeth. Sep 2016;16(9):36-37.
38. Kodish E, Fins JJ, Braddock C, et al. Quality attestation for clinical ethics consultants: a two-step model from the American Society for Bioethics and Humanities. Hastings Cent Rep. Sep-Oct 2013;43(5):26-36.
39. Kon AA, Walter RJ. Health Care Ethics Consultation via Telemedicine: Linking Expert Clinical Ethicists and Local Consultants. AMA J Ethics. May 1 2016;18(5):514-520.
40. Silva DS, Gibson JL, Sibbald R, Connolly E, Singer PA. Clinical ethicists' perspectives on organisational ethics in healthcare organisations. *J Med Ethics.* May 2008;34(5):320-323
41. Fox E, Tarzian A. Unanswered Questions About Clinical Ethics Expertise. Am J Bioeth. Nov 2019;19(11):91-94.
42. Kornfeld DS. What Is the Role of a Clinical Ethics Consultant? Am J Bioeth. 2016;16(3):40-42.
43. Schwab A. The ASBH code of ethics and the limits of professional healthcare ethics consultations. J Med Ethics. Aug 2016;42(8):504-509.
44. Altisent R, Martin-Espildora N, Delgado-Marroquin MT. Health care ethics consultation. Individual consultant or committee model?: pros and cons. Am J Bioeth. 2013;13(2):25-27.