

As Comissões de Ética Hospitalares e a Institucionalização da Bioética em Portugal

Maria do Céu Patrão Neves

Doutora em Filosofia, Professora Auxiliar do Departamento de Filosofia da Universidade de Açores - Portugal.
Bolsista da Fundação Calouste Gulbenkian e da Junta Nacional de Investigação científica.

O presente artigo propõe-se a traçar o panorama das Comissões de Ética Hospitalares em Portugal, integrando-as no seu justo contexto, ou no processo de institucionalização da Bioética. Para tal, procura dar conhecimento sumário das instituições portuguesas dedicadas à reflexão Bioética, destacando algumas das suas produções mais significativas. Traça seguidamente, a realidade das Comissões de Ética Hospitalares em Portugal, avançando com algumas propostas de remodelação, tendo em vista uma maior credibilidade e funcionalidade. Conclui por uma breve sistematização das características da reflexão Bioética em Portugal e na Europa, apontando algumas linhas de orientações para o futuro.

UNITERMOS - Bioética em Portugal, Comissões de Ética em Portugal.

1 - Introdução

É ainda relativamente recente o movimento de conscientização dos problemas éticos que o acelerado desenvolvimento científico-tecnológico das últimas décadas fez emergir nas sociedades contemporâneas. Iniciou-se nos Estados Unidos, há cerca de trinta anos, suscitado pelas inovações tecnológicas decorrentes da "revolução biológica" desencadeado pela descoberta do DNA, por Crick e Waison em 1953, e impulsionado pelo crescente movimento dos direitos humanos desde o final da Segunda Guerra Mundial e da redação do Código de Nuremberg.

A Bioética, ou ética aplicada à vida, perspectiva específica de um saber transdisciplinar, surge como resposta às questões, cada vez mais numerosas e prementes, oriundas das correntes das biotecnologias, com as quais cientistas e moralistas vinham se confrontando, no sentimento pungente generalizado da impossibilidade de, por si só, encontrarem uma via de solução satisfatória. A reflexão Bioética incide predominantemente sobre questões humanas, na consideração do homem na unidade integral e concreta do seu ser singular e na perseverança da sua identidade universal e da humanidade .

Este despertar de uma nova consciência de exigência ética e de natureza humanista foi-se expandindo progressivamente, com particular implantação nos países tecnologicamente mais desenvolvidos, como são os da Europa Ocidental. Aqui também ganhou uma diferente expressão, mercê de uma diversidade de identidades de ordem histórico-cultural, econômico-social e religiosa que se fazem sentir em relação aos Estados Unidos e também entre os países europeus. Ora, é importante que as idiosincrasias de um povo, de uma sociedade, sejam como tal consideradas, para que os problemas, em larga medida comuns, que as biotecnologias impõem encontrem uma solução adaptada à realidade a que se aplicam.

É nesta perspectiva que a institucionalização da Bioética me parece, de imediato, prioritária. É absolutamente necessária e indispensável a criação de espaços de discussão de dimensão comunitária em que se atenda à peculiaridade que os problemas assumem nessa unidade social e que privilegiem e preservem os valores dessa mesma comunidade. Deve-se, por isso, progredir no sentido da institucionalização da reflexão ética: quer com a constituição de comitês de âmbito nacional, quer com a sua criação em unidades de prestação de cuidados de saúde ou de ensino (comitês de ética assistenciais), quer ainda de comissões especializadas voltadas para a análise de questões específicas (comitês éticos de investigação clínica). Este processo evita que a reflexão Bioética possa ser denunciada como um saber desarticulado ou abstrato da realidade de que emerge e a que se refere, ou ineficaz nas orientações que formula.

O ainda recente interesse pela reflexão Bioética em Portugal ganhou dimensão num processo similar ao que decorreu nos outros países e vem agora adquirindo personalidade própria à medida que a sua reflexão integrada se desenvolve.

Procurarei, neste trabalho, dar a conhecer sumariamente as instituições portuguesas dedicadas à reflexão Bioética, destacando algumas das suas produções mais significativas. Traçarei a seguir a realidade das Comissões de Ética Hospitalares em Portugal, avançando com algumas propostas de remodelação, tendo em vista uma maior credibilidade e funcionalidade. Concluirei com uma breve sistematização das características da reflexão Bioética em

Portugal e na Europa, apontando algumas linhas de orientações para o futuro.

2 - A institucionalização da Bioética em Portugal

Na história da institucionalização da Bioética tem sido comum assistir-se a um desenvolvimento conjunto de Centros de reflexão e de Comissões de Ética (1). Ambos constituem espaços de reunião pluridisciplinar, no sentido enunciado de salvaguarda dos valores que identifiquem uma comunidade, sendo, porém, distintos nos seus objetivos específicos e nas responsabilidades a assumir. Os Centros promovem essencialmente o diálogo sobre as questões em aberto com a sociedade, sem o imperativo de ter de optar por uma determinada posição. Num trabalho por vezes silencioso, mas sempre vigoroso, constituem-se em verdadeiros obreiros das decisões. As Comissões formam-se num âmbito de competências bem definidas em que a exigida reflexão se deve traduzir na proposta de medidas concretas de ação.

Em Portugal, o Centro de Estudos de Bioética foi a primeira instituição dedicada à reflexão Bioética. Criado em 1988, em Coimbra, nasceu da preocupação pelos problemas éticos que a aplicação indiscriminada dos progressos tecnológicos à Biologia e à Medicina estava a provocar (2). Tratava-se, no início, de um pequeno grupo de médicos, juristas, teólogos e filósofos que se reunia regular e informalmente para confrontar de forma dialogante e pluridisciplinar os problemas que surgiam (2).

Hoje, decorridos apenas cinco anos, verifica-se um crescimento apreciável do número dos seus membros, a par da ampliação de diferentes profissionais. Atualmente justifica-se já a realização de reuniões restritas, possibilitadoras de um diálogo mais intenso e de uma reflexão mais profunda sobre a temática em discussão. Reuniões mais alargadas (plenárias) verificam-se sobretudo por ocasião da organização de jornadas de estudos.

A atividade editorial do Centro é também significativa, contando já com a publicação de cinco números (anuais) dos Cadernos de Bioética e a vinda à lume de alguns números monográficos de grande qualidade: Genética e pessoa humana, em 1991; "Fé e ética", em 1992. Encontra-se em fase de preparação o terceiro número monográfico, dedicado a "A intimidade da pessoa", uma coletânea dos trabalhos apresentados na jornada dedicada ao tema. Além disso, brevemente, será publicado o primeiro "Manual de Bioética", obra coletiva composto de um amplo leque temático no domínio das preocupações Bioéticas.

O Centro de Estudos de Bioética também faz parte da União Européia dos Centros de Bioética, desde 1991.

Aproximadamente dois anos após a criação deste primeiro (e até agora único) Centro de reflexão Bioética, constitui-se em Portugal a primeira Comissão de Ética. Em 1990, institui-se em Lisboa, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, como órgão independente funcionando junto à Presidência do Conselho de Ministros. É composto por sete personalidades de reconhecido mérito da área das ciências humanas e sociais que tenham demonstrado especial interesse pelos problemas éticos; sete personalidades de reconhecido mérito em áreas da medicina ou da biologia com implicações de ordem ética; seis personalidades de reconhecida qualidade técnica e idoneidade moral, tendo em conta as principais correntes éticas e religiosas, designadas pelo Primeiro Ministro, diversos Ministérios, Assembléia da República, Ordem dos Médicos e Ordem dos Advogados, Instituições de Ciência e Cultura (3). Não podemos aqui deixar de apontar que os conselheiros na sua maioria já eram membros do Centro de Estudos de Bioética.

A missão desse conselho é analisar os problemas morais suscitados pelos progressos científicos nos domínios da biologia, da medicina ou da saúde em geral e emitir pareceres sobre problemas que julgar conveniente ou a pedido do Presidente, da Assembléia, do Governo e de instituições com responsabilidades nas áreas visadas (3). O Conselho já publicou três relatórios: Transplantação de tecidos e órgãos (1991); Utilização de cadáveres para fins de investigação e de ensino (1992); Reprodução medicamente assistida (1993). Um quarto relatório sobre Ensaios clínicos de medicamentos (1993) encontra-se também concluído. Convém salientar alguns aspectos que ressaltam dos pareceres emitidos e que estabelecem os princípios que têm servido de base à reflexão, bem como as orientações que têm sido preconizadas. O respeito pela identidade, integridade e dignidade da pessoa humana e a prática da solidariedade social são assumidos como valores inalienáveis que devem guiar toda a reflexão ética. Por outro lado, e decorrente destes aspectos, atende-se à liberdade da pessoa e ao seu direito à privacidade, exorta-se à gratuidade das doações, à não comercialização ou instrumentalização do corpo ou partes do corpo humano (transplantação e uso de cadáveres), à consideração de cada pessoa humana como um fim em si mesma (reprodução medicamente assistida).

No que se refere à "transplantação de tecidos e órgãos", em particular no caso da retirada de órgãos ou tecidos em cadáver, cabe aqui referir que as disposições portuguesas não seguem a regra das legislações nacionais: "[...] na falta de declaração de vontade em vida, pelo meio ou meios para tal instituídos, presumir-se-á o consentimento informado quanto à colheita *post mortem*" (4). Quanto à "utilização de cadáveres para fins de investigação e de ensino", e numa mesma linha de atuação, os corpos não legitimamente reclamados para exéquias poderão ser utilizadas para estudo (5).

O Conselho Nacional realizou, até agora, dois Seminários abertos ao público: um primeiro sobre Consentimento Informado, em março de 1992, e um segundo, em março de 1994, dedicado às Comissões de Ética Hospitalares. Procurou-se deste modo promover o encontro das Comissões de Ética já existentes, refletir sobre os diferentes modelos adotados, ativá-las no seu funcionamento e motivar a criação de outras Comissões de Ética (nos Hospitais, Faculdades, Ordens Profissionais, Institutos de Investigação Médica e Biológica, Escolas de Enfermagem e Sociedades Científicas).

De natureza e objetivos bem distintos, as duas referidas instituições têm contribuído para um significativo aumento, qualitativo e quantitativo, da informação sobre os problemas éticos que os progressos biotecnológicos implicam, sendo meritoriamente responsáveis por um interesse crescente inegável e pela ampliação do debate sobre essas questões a que se assiste hoje em Portugal.

Paralelamente verificamos que as instituições existentes, vocacionadas para a análise das questões de Bioética, têm impulsionado outras a se constituírem, na perspectiva de aprofundar a reflexão, de precisar e ampliar a regulamentação. Em suma, evita-se, assim, que práticas inéditas prossigam não por opção declarada mas por inércia e incita-se a que ninguém se furte a responsabilidade de reflexão que é sua, que é nossa, que é de todos.

3 - Comissões de Ética Hospitalares

É no contexto geral do despertar para uma nova realidade que se deve interpretar o número ainda reduzido de Comissões de Ética Hospitalares existentes em Portugal e avaliar o seu atual estado de organização e de desenvolvimento ainda insatisfatório em alguns casos.

As Comissões de Ética Hospitalares começaram a surgir em Portugal há cerca de três ou quatro anos aproximadamente. Anotem-se algumas exceções : o Hospital da Universidade de Coimbra tem uma comissão de ética funcionando desde julho de 1986; o Hospital de São João, em Porto, e o Hospital de Santa Maria, em Lisboa, com comissões de ética em funcionamento há seis anos; o Instituto Português de Oncologia tem uma comissão de ética criada em 1989. Em janeiro de 1989, em *Gestão Hospitalar*, o Prof. Daniel Serrão já lançava o alerta para a necessidade de comissões de ética.

Trata-se aqui, obviamente, de "Comissões de Ética Assistencial", na linha de desenvolvimento dos "Institutional Ethics Committees" que surgiram inicialmente nos Estados Unidos com o intuito primordial de procurar resolver os conflitos éticos oferecidos pela assistência hospitalar. Em Portugal não existem "Comissões Éticas de Investigação Clínica", ou correspondentes aos denominados "Institutional Review Boards" norte-americanos dedicados principalmente à proteção das pessoas envolvidas em fases de experimentação de um projeto de pesquisa. São as designadas Comissões de Ética Assistencial que acumulam ambas as funções, em parte devido à reduzida dimensão da pesquisa, verdadeiramente inédita e exigindo experimentação humana, que se pratica em Portugal.

De acordo com dados apresentados no Seminário sobre Comissões de Ética (março, 1994), por uma equipe de trabalho chefiada pelo Doutor Queiróz e Melo, e baseada nos resultados obtidas num inquérito enviado a todos os hospitais portugueses, sabe-se que a sua maioria não possui ainda uma Comissão de Ética. Dos 268 questionários enviados, apenas 127 foram preenchidos e devolvidos, e destes, somente 47 confirmavam a existência de uma Comissão de Ética em funcionamento. Supondo que os hospitais que não responderam o questionário não possuem qualquer Comissão de Ética constituída, conclui-se que estas foram criadas em apenas 17,5% dos hospitais portugueses.

Esta indicação, por si só pouco favorável, é agravada ao considerarmos que a maioria das Comissões de Ética existentes não funcionam nem segundo os modelos já internacionalmente reconhecidos como mais acreditadas e eficazes, nem no pleno exercício das funções que lhes são atribuídas.

No que se refere ao primeiro aspecto há a considerar a sua composição e regulamentação. Ainda segundo dados apresentados pelos pelo Prof. Doutor Queiróz e Melo, as 47 Comissões de Ética existentes são compostas por uma média de 7 membros cada, num máximo de 11 e num mínimo de três. Na globalidade, os médicos constituem 77% dos membros, as enfermeiras 10%, os religiosos 8%, os profissionais de formação jurídica 5% e as assistentes sociais 5%. Porém, os baixos quantitativos de base para o cálculo das percentagens não nos permitem alcançar resultados francamente relevantes ou significativos no panorama geral português no qual a diversidade parece ser regra: existem atualmente, por exemplo, Comissões de Ética compostas apenas por médicos, a par de outras em que os médicos são minoritários e, outras ainda, em que, numa pluralidade profissional, os médicos têm assento majoritário. Anote-se também que, apesar da maioria das Comissões constituídas (89%) realizarem reuniões, ou seja, terem uma existência efetiva, apenas 32% reune-se com regularidade.

Importa ainda referir que as atuais Comissões de Ética não possuem orçamento específico nem secretariado próprio e que apenas 17 (36%) apresentaram regulamentos aprovados (se bem que destas somente 13 funcionem efetivamente de acordo com o regulamento).

Quanto ao desempenho das Comissões de Ética sua ação é voltada principalmente para a análise de projetos de ensaios clínicos de medicamentos e elaboração dos respectivos pareceres. Os números disponíveis apontam para uma concentração da atividade na redação de pareceres em 78% das Comissões; apenas 33% desenvolvem outras atividades.

Os requerimentos são quase sempre da iniciativa dos médicos (Direção Clínica, Direção Administrativa) porém, é lícito pensar que na sua origem está a pressão da indústria farmacêutica que exige que os protocolos a assinar tenham o parecer da Comissão de Ética. Aliás, foi precisamente este tipo de exigência que determinou a criação da grande maioria das Comissões de Ética em Portugal. Ou seja, estas surgiram não tanto por uma necessidade sentida no interior da unidade de cuidados de saúde mas por pressão vinda do exterior; não tanto por uma urgência ética mas por uma necessidade legal.

Hoje, porém, a necessidade de uma Comissão de Ética Hospitalar, como apoio à prática clínica, é sentida de forma cada vez mais premente, o que tenderá a aumentar à medida em que o seu desempenho se torne mais amplo. Aliás, importa reconhecer que o panorama geral das Comissões de Ética Hospitalares em Portugal é bastante satisfatório, não obstante os aspectos menos positivos apontados. Para tal basta considerarmos a história ainda recente da institucionalização da Bioética no país e a extrema juventude da maioria das comissões existentes. Simultaneamente registre-se que as Comissões de Ética funcionam sobretudo em instituições dependentes do Ministério da Saúde, o que testemunha um inequívoco apoio ao seu desenvolvimento. Assiste-se atualmente a um verdadeiro movimento de expansão a este nível, com o surgimento de comissões em várias unidades hospitalares e, paralelamente, com a procura ativa de informação sobre o seu processo de constituição ou de reformulação. A ampla e empenhada participação, inédita, de uma diversidade de profissionais de saúde no Seminário dedicado ao aprofundamento da reflexão sobre Comissões de Ética é prova suficiente disso.

É certo que não há modelos fixos para a criação de Comissões de Ética e que se deve sempre tomar em consideração a realidade hospitalar em que aquela irá funcionar. Também não há normas definitivas para regular o seu funcionamento. Porém, o que indubitavelmente não se pode ignorar são certos princípios gerais que garantem a sua credibilidade e a sua funcionalidade. Refiro-me as exigências mínimas para a sua constituição, que deve variar entre um número de 10 a 20 componentes, de formação e especialidades diversas e integrando sempre elementos extra-hospitalares.

O número de elementos de uma Comissão de Ética Hospitalar dependerá da dimensão da instituição em causa. Um pequeno grupo tem a vantagem de começar a funcionar eficazmente mais depressa e de trabalhar melhor em conjunto. Além disso, é mais fácil conseguir uma reunião de urgência. Um grupo mais amplo tem a vantagem de representar várias secções da instituição e de poder expressar vários pontos de vista. Simultaneamente é também sempre possível dividir-se em subcomissões para tarefas específicas, e assim revestir-se das vantagens antes atribuídas aos pequenos grupos.

No que se refere à formação académica dos seus elementos, considero que uma maioria de cerca de dois terços deverá ser constituída por médicos, uma vez que os pareceres de índole ética que virão a ser elaborados terão necessariamente por fundamento os dados das ciências biológicas e referir-se-ão a situações em que o médico é um protagonista principal. Os médicos que venham integrar a comissão deverão ser responsáveis por diferentes tarefas, no sentido de ampliar a competência da mesma. Não surpreenderá pois que a média das idades se situe entre os 40-60 anos, como foi apontado no Seminário sobre Comissões de Ética (ainda que a idade não deva nunca constituir critério de admissão ou de exclusão, ter-se a preocupação de não incluir apenas profissionais de um grupo etário). As enfermeiras serão um outro grupo profissional fortemente representado, também preferencialmente por chefes de unidades. O seu desempenho privilegiado no âmbito dos serviços de saúde decorre da proximidade com os doentes e do cuidado quase contínuo que lhes dedicam.

A representação das assistentes sociais é indispensável, verdadeiro elo entre os doentes, as famílias e os profissionais de saúde, e promotoras da prestação de cuidados de saúde dirigidos à pessoa humana no seu todo. Também um jurista deverá figurar na Comissão. Não obstante as questões éticas que se colocam singularmente não sejam subordinadas à lei na sua generalidade, é imprescindível o aconselhamento por parte de uma personalidade com formação jurídica que garanta a proteção legal para os intervenientes de uma ação determinada eticamente. Este jurista não deverá ter vínculo com a unidade de saúde em causa, em vista de uma maior isenção.

Por último, mas não menos necessária, exige-se a presença de personalidades que trabalhem na área da ética, da moral e da religião, capazes de elaborar e refletir sobre princípios gerais que devem regular a ação não estritamente médica no âmbito dos serviços de saúde, no sentido de respeitar a dignidade do doente como pessoa, a consciência dos profissionais de saúde e a justiça social. Refiro-me a um filósofo e a um ministro da igreja com maior implantação no país ou na região. Em alguns casos, este último poderá ser substituído por um ministro de uma outra religião correspondente à fé do doente. Importa também considerar a hipótese de quando da análise de um caso clínico, poder ser pertinente ouvir familiares ou outras pessoas próximas do doente.

Uma das funções da Comissão de Ética Hospitalar é precisamente a análise de casos. Importante pelo confronto de perspectivas que permite e pela fundamentação ética que exige, contribui para a serenidade dos profissionais de saúde face a um caso considerado problemático. Porém, este não será o seu desempenho mais relevante. Há que considerar o seu papel determinante na elaboração de normas internas de funcionamento e, principalmente, a sua missão educativa (6). No que se refere ao primeiro aspecto destacam-se linhas de orientação para prestação de cuidados face a casos de extrema gravidade ou irrecuperáveis (recém-nascidos deficientes, doentes terminais), ou novas formas de atuação em situações que se repetem (não ressuscitação), ou quaisquer outros procedimentos que visem humanizar os serviços de saúde.

A educação parece-nos ser a missão mais relevante e permanentemente inacabada de uma Comissão de Ética. Falamos primeiro da educação de todos os membros da comissão, os quais devem se dedicar a leituras na área da Bioética, complementares do seu domínio específico de formação, e à discussão de problemas candentes decorrentes da aplicação de novos processos terapêuticos, ou, ainda, e sempre que possível, à frequência de cursos especializados. Em Portugal, as fontes de apoio a que mais se recorre para elucidação dos procedimentos a adaptar em determinados casos são a Declaração de Helsinque, o Código Deontológico, o Código Internacional de Medicina e Normas da Comunidade Européia, não estando ainda francamente divulgada a bibliografia especializada da área da Bioética.

Fundamental é a educação de todo pessoal da unidade hospitalar, o que, por meio de recursos e estratégias diversas, deverá vir a se traduzir em mais sensibilidade aos problemas éticos que a prática clínica envolve e numa mais clara conscientização dos princípios e regras por onde devem pautar-se as decisões que ultrapassam a competência da ciência biomédica.

A propósito dos diversos aspectos que foram referidos para uma Comissão de Ética, muitas questões poderiam ser enfocadas, mas aqui não haveria oportunidade para aprofundá-las: Qual a sua duração aconselhável para o mandato dos membros da Comissão? Como se deve proceder a sua renovação? (essa renovação, em Portugal, é quase inexistente, porque também as Comissões são ainda recentes). Qual o processo mais correto de escolha da presidência? Nomeação, eleição? Os membros extra-hospitalares deverão ser remunerados ou não? (7).

Destacamos apenas uma única questão, por sua atualidade e pelo fato de nos últimos tempos gerar acesa polémica: Qual a responsabilidade imputável aos membros de uma Comissão de Ética quando os seus pareceres se revelarem lesivos aos interesses dos doentes?

A necessidade de permanentemente refletir sobre as Comissões de Ética e de melhor adaptá-las à realidade da unidade de serviços de saúde a que se destinam, não põe em dúvida a sua absoluta necessidade como contribuição para a melhoria da qualidade profissional de quem presta cuidados de saúde e como fator de humanização dos próprios serviços.

4 - Algumas características da Bioética em Portugal

O pensamento bioético em Portugal vem se desenvolvendo um pouco sobre o modelo da França que, neste domínio, tem influenciado bastante (e mesmo liderado) os países da Europa do Sul (mediterrâneos) em geral. Neste sentido, a influência da Bioética na sua originária perspectiva anglo-americana não tem sido relevante. Daí também que os quatro princípios (não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça) (8) por que se pauta a reflexão Bioética e a prática da ética clínica norte-americana não sejam, na maioria das vezes, referidos, tal como uma terminologia dos "direitos" (e deveres) também não é usada.

A tendência individualista e normativa da Bioética anglo-americana, contrapõe-se a uma perspectiva européia (continental) com preocupações mais vincadamente sociais e com uma estruturação mais fortemente metafísica; aos micro-problemas contrapõem-se os macro-problemas; a uma incidência sobre os "direitos" contrapõe-se uma atenção à "equidade"; depois do sentido restrito da Bioética, aplicado à biomedicina, recupera-se o seu sentido mais global (e mais próximo do sentido etimológico) relativo à condição humana e suas formas de existência. Simultaneamente, a base de reflexão é mais vincadamente metafísica, empenhada na concepção da pessoa humana como um todo (kantiana, mais racionalista e deontológica e menos empirista e consequencialista).

Desta sorte, para além dos problemas éticos levantados pela genética e pela necessidade agravada da distribuição dos escassos recursos existentes que serão os grandes temas do futuro da Bioética, independentemente das fronteiras, há outros que alcançarão maior relevância na Europa e, assim, em Portugal também. São eles: questões relativas à população, sobretudo o seu envelhecimento nos países ocidentais, em contraposição à explosão demográfica em países subdesenvolvidos, e questões ecológicas, principalmente a urgente cooperação internacional para defesa do *habitat* humano e da biodiversidade (na recuperação do sentido mais amplo atribuído por Potter à "Bioética").

Abstract - *The Hospital ethics Committees and the Institutionalization of Bioethics in Portugal*

This article is intended to outline the panorama of the Hospital Ethics Committees in Portugal, which are integrated to their proper context or to the Bioethics institutionalization process. It tries to describe briefly the Portuguese institutions dedicated to bioethical reflections, by emphasizing some of their more significant accomplishments. It also outlines the reality of the Hospital Ethics Committees in Portugal, and makes proposals for a large reformulation aiming at a greater reliability and their operational improvement. Finally, the article suggests a concise systematization of the characteristics of bioethical reflection in Portugal and in Europe, by pointing out some lines of action for the future.

Referências Bibliográficas

1. Abel F. Comités de Bioética necesidad, estructura y funcionamiento. *Labor Hospitalaria*, 1993;3 136-46.
2. Biscaia J. Razão de ser e objetivos. *Cadernos, de Bioética*, 1990;I : 7-9.
3. Portugal. Lei nº 14, de 9 de junho de 1990. Cria e regulamenta o Conselho Nacional de Ética para as ciências da vida.
4. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Portugal). Parecer sobre transplantes de tecidos e Órgãos. (1/CNE/91).
5. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Portugal). Parecer sobre utilização de cadáveres humanos para fins de ensino médico e a sua necessidade, pertinência e legitimidade.(2/CNE/92).
6. Ronald EC, Roberts JC. Biomedical ethics committees. *Biomedical Ethics*, 1986; 13 : 327-41.
7. Hosford B. *The health care provider's guide*. Rockville Blackwell, 1986.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 3rd ed. New York Oxford, 1989.

Endereço para correspondência :

*Bairro do Lameiro, 44 Relua 9500
Ponta Delgada Açores- Portugal*