

Dilemas Éticos em Psiquiatria de Ligação

Adelaide Costa, Rui Coelho

Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicossomática - HSJ (EPE)
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Resumo

A Psiquiatria de Ligação (PL), reconhecida nalguns países como sub-especialidade e designada por “Medicina Psicossomática”, atingiu o seu máximo desenvolvimento com a integração da Psiquiatria nos Hospitais Gerais. (1) Para tal houve múltiplos contributos, tendo a Bioética e seus fundamentos demonstrado máxima importância, para o desenvolvimento de uma prática clínica vocacionada para a abordagem do indivíduo, de acordo com uma perspectiva biopsicossocial.(2)

Não infrequentemente, os profissionais de saúde que trabalham em PL deparam-se com variadíssimos dilemas éticos, decisões difíceis... horas estagnadas pela dúvida e inundadas por rumações caprichosamente inconclusivas.

Neste trabalho pretende-se iniciar uma reflexão sobre algumas dessas dificuldades, lembrando os princípios éticos utilizados na prática clínica, sem nunca esquecer o jurado “dever de cuidar”.

Summary

Liaison Psychiatry (LP), which is recognized in some countries as sub-specialty and called Psychosomatic Medicine, reached its maximum development with the integration of Psychiatry in General Hospitals. (1) Many contributed for this to happen, and Bioethics as shown to have huge importance for the development of a clinical practice dedicated to approaching individuals according to a biopsychosocial perspective. (2)

Not infrequently, health professionals working in LP are faced with several ethic dilemmas, tough decisions... hours stagnated by doubt and capriciously fulfilled with inconclusive ruminations.

The aim of this paper is to make an initial reflection on some of those difficulties, basing on clinical bioethical principles, without ever forgetting the sworn “duty to care”.

Introdução

O acto médico pressupõe o estabelecimento de relações: com o doente, com os familiares, com a equipa terapêutica. Subjacente a esse comportamento, dito profissional, encontram-se necessariamente, os princípios de toda uma conduta para a qual, à luz da ancestral Filosofia Moral, se estabeleceu a necessidade de diferenciar o bem do mal, de definir o que é certo e errado. Será uma aptidão possivelmente natural, aprimorada pela educação e pela formação, que se pretende progressivamente actual e integrada.

Partamos do princípio que todos nós, implicados na relação com o doente, somos capazes de realizar essa distinção. E reflectamos na aplicação dos princípios bioéticos ao acto médico. E consideremos, ainda, o contexto específico da Medicina Psicossomática...

Da Filosofia à prática clínica psiquiátrica: as limitações dos conceitos éticos

Deontologia, Utilitarismo, Teoria da Virtude, Casuística, Principlismo

Kant, através da sua Teoria Deontológica, enfatiza o dever moral, pilar para o comportamento “correcto”, baseado num substrato racional. (3) Apliquemos este princípio a uma actividade clínica usual, por exemplo, a comunicação de uma situação de prognóstico reservado. Frequentemente é solicitado ao Psiquiatra que, em meio interdisciplinar, auxilie nesta tarefa, sobretudo quando o doente evidencia algum grau de descompensação psíquica. Obviamente que caberá ao médico assistente a comunicação das más notícias, mas certo é que, frequentemente, o Psiquiatra torna-se num elo fundamental de ligação e/ou fonte de conhecimentos necessários à adequada

execução desta tarefa. À luz da Deontologia é dever moral do médico comunicar toda a verdade ao doente. Mas atendamos à limitação prática deste princípio. E se o doente não está preparado para escutar “toda a verdade”? Não será esta uma posição demasiado absolutista, que negligencia as eventuais dificuldades do doente neste processo de coping que se assume tão imediato?

Imaginemos, agora, que o doente apresenta ideação suicida. Na concepção kantiana há dois conceitos básicos: a auto-determinação e a auto-responsabilidade. A auto-determinação procura valorizar a razão individual, reconhecendo a cada ser racional o poder de determinar autonomamente o seu próprio destino e seguir suas próprias escolhas. A auto-responsabilidade indica que cada ser humano deve ser responsável pelas consequências que derivam dos seus actos. Não infrequentemente, a situação exposta empurra o Psiquiatra para uma situação de conflito, entre o dever de respeitar a vontade do doente e a simultânea obrigação de agir em seu benefício e de forma responsável. Parece-nos que, na conjugação e utilização prática dos seus conceitos, a mais tradicional das Teorias Éticas se revela insuficiente, para modelar as atitudes médicas, nalguns dos desafios colocados ao Psiquiatra de Ligação.

O Utilitarismo, definido por J.S. Mill (4) aplica-se, na prática clínica, como uma fórmula quase estatística: um acto médico é moralmente correcto se, atendendo a actos alternativos, demonstrar ter um balanço mais positivo.

Mas como reduzir a avaliação do estado mental a este pretenso balanço? Não será este conceito demasiado exigente para o clínico? Como definir, inequivocamente, os riscos e benefícios de uma decisão, num contexto psiquiátrico tão frequentemente repleto de subjectividades? O melhor para o doente, num determinado momento, será, inquestionavelmente, o melhor num futuro próximo? Não estaremos a esquecer a mutabilidade das variáveis avaliadas? E, se atendermos a uma abordagem biopsicossocial, integrando o doente nos seus contextos vivenciais de suporte: o melhor para o doente, numa perspectiva individual, será também o melhor para os seus familiares? Se o não for, não nos arriscaremos a que o aparente benefício, para o doente, se perca? Parece-nos, de novo, que este conceito poderá não bastar para a orientação do clínico, nos seus julgamentos e tomadas de decisão.

A Teoria das Virtudes, assente nos princípios Aristotélicos,(5) reforça a moralidade do comportamento de um indivíduo, que terá como base o seu carácter. Honestidade, humildade, confiabilidade.... Mas como definir os traços necessários (inclusive a melhorar ou adquirir), para a formulação do médico “ideal”? E se pensarmos no Psiquiatra de PL e nas questões da empatia, capacidade de trabalho em equipa, em suma, todas as características ou aptidões definidas para um profissional que trabalha nessa área: (6) como defini-las com precisão? Não serão algumas delas estritamente inatas impossibilitando, assim, a sua aquisição? Parece-nos haver uma evidente falta de objectividade nestes pressupostos e uma potencial influência por parte dos valores pessoais de cada um de nós, pelo que este modelo se assume claramente insuficiente.

A Casuística(7) assume-se mais como um método para formular deliberações morais do que propriamente como teoria ética. Pressupõe a avaliação ética “caso-a caso”. Aqui não existem guidelines, mas sim situações específicas que são avaliadas com todas as suas diferenças e particularidades, pretendendo-se que sirvam de “exemplo futuro” para ocorrências similares. Mas, então, como “uniformizar” critérios? Não serão as decisões inundadas pela influência do ambiente social em que o caso ocorre? E como evitar a incontornável pluralidade de valores sociais, ao mudarmos de cenário? Mais ainda, parece-nos tarefa difícil extrapolar, para uma amostra maior, as conclusões de um caso único analisado.

De forma a minimizar as discrepâncias entre o Kantianismo e o Utilitarismo, surgiu uma nova teoria: o Principlismo. (8) Esta vertente vem aproximar-se mais dos actuais princípios bioéticos aplicados na prática médica: Não-Maleficiência, Beneficência, Autonomia, Justiça. Assim sendo, o acto médico “correcto” será o que não prejudica o doente e que, pelo contrário, o beneficia. O médico deve respeitar a autonomia do doente e tratá-lo de forma justa. Parece-nos consensual, actual e aplicável. Estes conceitos, aliados à “Ética do Cuidar”(9) poderão constituir os nossos pressupostos, para a análise das situações que iremos descrever de seguida.

Considerações éticas, no contexto da Psiquiatria de Ligação

B.1 – “O doente vulnerável”

O Psiquiatra de Ligação é chamado à Enfermaria de Medicina – Mulheres. Foralhe solicitado que observasse uma mulher com 42 anos, em fase terminal de uma neoplasia da mama. Chegado à Enfermaria, depara-se com uma mulher alectuada. O exíguo lençol que a cobria encontrava-se caído no chão, deixando o seu corpo semi-despido exposto aos olhares dos circundantes. Do outro canto da sala ouve-se um apressado “Já aí vou cobri-la, só tenho duas mãos!” proferido, “entre-dentes”, por uma auxiliar atarefada, incapaz de resolver prontamente todas as necessidades dos dez doentes que se encontram ao seu cargo. O tempo é escasso e ainda há vários pedidos aos quais o Psiquiatra deve responder nesse mesmo dia. A tendência será a de interrogar já ali a doente, pesquisando-se os inevitáveis sintomas depressivos que supiremos, esperançosamente, com o miraculoso comprimido que a doente tomará todas as manhãs. Muito provavelmente, as questões surgirão segundos após nós próprios termos apanhado o lençol do chão e coberto, à pressa a doente... sem lhe dar o tempo devido para se recompor.

Este é um cenário típico do doente hospitalizado, na sua recém-adquirida ausência de privacidade física e emocional...o doente Vulnerável. Incapaz, por vezes, de tarefas tão simples como cobrir o próprio corpo, de verbalizar os seus sentimentos e emoções para um interlocutor único... partilhando involuntariamente o corpo e a alma.... roubado na sua integridade.

A Ética é frequentemente violada já aí, nessa primeira abordagem. Há que “perder uns minutos”, assegurar que o doente se encontra fisicamente confortável; providenciar o contexto possível para uma entrevista que, dita a Ética, deve ser confidencial. A Sra. M, com cancro da mama, não se revê num corpo semi-nu deitado numa cama de hospital... Ela é a “Sra. M” não devendo, de todo, ser desprovida da sua identidade e dignidade.

B.2 – Confidencialidade

“Não relatar o que no exercício do meu mister ou fora dele no convívio social eu veja ou ouça e que não deva ser divulgado, mas considerar tais coisas como segredos sagrados.”

(Juramento de Hipócrates – trad. Bernardes de Oliveira)

O corolário “O Psiquiatra deve salvaguardar a confidencialidade da informação prestada pelo seu doente dentro dos limites instituídos pela Lei”, (10) assume-se por vezes insuficiente, para dar resposta a algumas das situações vivenciadas em Medicina Psicossomática.

Uma das principais dificuldades do Psiquiatra de Ligação reside no facto de, em simultâneo, ser responsável por resguardar as confidências do seu doente, e transmitir a informação clínica à equipa terapêutica, dada a sua condição de Consultor.

Por esse motivo, será sempre de iniciar a entrevista informando o doente e, eventualmente a família, dessa dupla condição, assegurando que o maior esforço será realizado no sentido de salvaguardar a informação pessoal que o doente entender que não deve ser divulgada. Sim, porque o processo clínico, torna-se alvo de consulta de todo o pessoal médico, estudantes e eventualmente, outros profissionais. Os novos sistemas informatizados de registo da informação clínica, apesar da controvérsia que os envolve, podem constituir um recurso para impedir o acesso à informação, a indivíduos indevidamente autorizados. O Psiquiatra pode ainda minimizar a divulgação de informação “comprometedora”, fazendo recurso de expressões padronizadas, por exemplo “disfunção familiar” (não a especificando), ou “trauma na infância” (ao invés de “abuso sexual”). (11)

Frequentemente o Psiquiatra depara-se com o dilema de possuir informação fundamental para a compreensão do quadro clínico, sendo-lhe expressamente solicitado pelo doente, que a não divulgue junto da equipa terapêutica. Atendamos ao seguinte caso: Maria, 34 anos de idade, juíza. Internada no Serviço de Gastroenterologia para estudo de emagrecimento acentuado. É solicitada a intervenção, por Psiquiatria de Ligação, após estudo orgânico exaustivo, que se revelou negativo. No decurso da entrevista a doente confessa ser vítima de violência doméstica e implora que esta informação se mantenha em segredo, pois receia a reacção dos familiares, seus pais, já

muito idosos. Alega que é “um problema seu”, que pretende vir a resolver, mas sem o conhecimento de terceiros. Por este motivo terá desenvolvido quadro ansioso-depressivo, com marcada anorexia e perda ponderal. O Psiquiatra terá que “explicar” a situação à equipa terapêutica que, com toda a certeza, o inundará com perguntas. Uma forma possível para salvaguardar a confidencialidade será de justificar os sintomas físicos como manifestações, por exemplo, de um quadro depressivo, que requer estudo e seguimento numa Consulta de Psiquiatria, que deve de imediato ser agendada. Desta forma, fornece-se a informação de uma forma padronizada, evitando-se a divulgação dos aspectos “comprometedores” para a doente e permite-se a orientação da doente, do ponto de vista médico, assegurando-se o seguimento, após a alta hospitalar.

Uma outra questão relacionada com a Confidencialidade relaciona-se com o facto do estabelecimento de mais que uma relação, estendendo-se o campo de acção do Psiquiatra, também aos familiares: os “doentes de 2ª ordem”. (12) Estes, frequentemente vivenciando distress emocional, podem apresentar necessidades que divergem das necessidades do doente. Como corresponder a ambas “as vontades”?

Em primeiro lugar há que identificar eventuais situações de disfunção sócio-familiar e solicitar a intervenção de técnicos habilitados, nomeadamente, o Assistente Social. Será um primeiro passo que resolverá muitas das questões. Posteriormente, avaliar o grau de capacidade do doente para tomar decisões, incluindo-se a de não pretender que alguma da informação clínica seja do conhecimento da sua família. É ainda necessário o rastreio de descompensação psíquica nos familiares envolvidos, orientando-os para outro colega Psiquiatra. Esta situação poderá ser muito frequente, por exemplo, em casos de doença terminal e antecipação do luto. (13)

“António, 72 anos de idade, demência mista diagnosticada há 1 ano. Internado em Cardiologia por patologia da válvula aórtica, com necessidade de intervenção cirúrgica. Antecedentes de neoplasia do pulmão, tendo vindo a realizar quimioterapia paliativa. Recusa intervenção cirúrgica. A família exige que a faça”. Intervenção da Psiquiatria de Ligação: doente capaz de decidir? Em caso afirmativo, prevalece a vontade do doente e o direito à sua auto-determinação.

A Confidencialidade, imposta pela lei, assemelha-se em muito à Confidencialidade imposta pela Ética profissional. No entanto, face a outros valores éticos como o da Beneficência, o Psiquiatra poderá quebrar o sigilo e, portanto, a confidencialidade, (14): “Manuel, 56 anos de idade. Internado em Ortopedia por múltiplas fracturas ósseas, após queda, descrita como accidental. No decurso da entrevista o doente relata não ter sido um acidente e verbaliza a sua intenção suicida. Encontra-se deprimido, pois a sua empresa faliu e não será capaz de pagar as dívidas. Refere que não quer que esta informação seja veiculada a nenhum médico nem à sua família”. Neste caso, eticamente, a decisão de quebrar o sigilo é justificável, e mandatário o dever do médico em informar o doente que as suas intenções colocam em risco a confidencialidade. Tem igualmente o dever de desenvolver, em conjunto com o doente, um plano de acção, de forma a que a “quebra” seja um processo mútuo. Apesar de o Psiquiatra poder ter que actuar em desacordo com a vontade do doente, todos os esforços devem ser feitos no sentido de o envolver e motivar para a decisão, mantendo-se assim todos os restantes pressupostos éticos.

B.3 – Capacidade de decisão

O processo do Consentimento Informado depende de factores interpessoais e intrapsíquicos: verdade, empatia e compaixão. No entanto, as emoções frequentes sentidas no contexto de um hospital geral, facilmente podem corromper este processo. (15)

Um dos motivos mais comuns para a referenciação à Psiquiatria de Ligação é a avaliação da capacidade de decisão. Torna-se por vezes uma batalha, sobretudo quando o doente se encontra em Delirium. Não infrequentemente, o pedido de avaliação surge apenas quando o doente se encontra em confusão mental, impossibilitando uma avaliação psiquiátrica transversal adequada. Nestas situações o Psiquiatra deve valer-se do Princípio da Beneficência, actuando de acordo com o que entende ser melhor para o doente, naquele momento, e perspectivando a recuperação desse estado confusional. Deve ainda alertar o pessoal de enfermagem para ser contactado, de forma a possibilitar a abordagem psiquiátrica do doente, aquando dos seus períodos de “lucidez”. Um papel importante é o de sensibilizar a equipa terapêutica, frequentemente pressionada pela necessidade de camas para novos doentes, acerca da necessidade de respeitar um indivíduo que até então fora autónomo e capaz. Levar à compreensão que esta perda

súbita de autonomia pode vir a ser vivenciada como uma humilhação, como falha pessoal... E que de forma alguma, a perda temporária da autonomia, deve dar lugar a comportamentos excessivamente paternalistas, caindo na infantilização do doente. É neste contexto que a Psiquiatria de Ligação desempenha um papel chave, como parte da equipa multidisciplinar. Este papel inclui não só a avaliação dos aspectos neuropsiquiátricos que podem afectar a capacidade de decisão e que requerem medidas de resolução, como também o envolvimento do doente e família na compreensão dos traços de personalidade e dos tipos de coping que podem estar a afectar essa capacidade.

Um outro aspecto a considerar é o da influência da religião na capacidade de decisão. Para a maioria dos doentes as crenças religiosas não entram em conflito com o tratamento proposto pelos médicos e podem mesmo facilitar o coping com a doença médica.(16) Não obstante, nalguns casos as crenças religiosas podem conduzir à recusa de tratamento, incluindo tratamentos vitais como a transfusão, amputações ou mesmo a ressuscitação. Os Psiquiatras, em geral, são menos religiosos que a população geral e podem ser influenciados por problemas de contra-transferência, nesta área.(17) Este facto pode consituir um importante obstáculo na avaliação da capacidade de decisão, mediante um consentimento informado, em doentes com crenças religiosas incompatíveis com a adesão a determinados tratamentos. Serão sugestões importantes: a familiarização, por parte do Psiquiatra, com os aspectos clínicos legais e religiosos envolvidos; a manutenção da neutralidade, evitando fenómenos de contra-transferência; o recurso a questões em que não se julguem os valores do doente, abstendo-se de discussões teológicas; a exploração da relação entre as crenças religiosas e eventual psicopatologia, o processo de coping e de tomada de decisão; a avaliação da necessidade abordar o doente mais que uma vez, permitindo o processo dinâmico de consentimento informado; a proposta de atitudes terapêuticas que possam remover barreiras para a capacidade de decisão, bem como a fomentação da adaptação à doença; a exploração das opções dadas pelo doente, em termos de tratamentos alternativos que sejam compatíveis com as suas crenças; a avaliação do impacto das decisões do doente no relacionamento com a restante equipa terapêutica e familiares. Por último será de ponderar a consulta da Comissão de Ética hospitalar, de forma a obter um parecer mais informado e, ao mesmo tempo, aliviar a tensão vivida pela equipa terapêutica. (16)

B.4 – Fim de vida

A abordagem do doente terminal tornou-se num desafio multidisciplinar, no qual o Psiquiatra ocupa um papel de inquestionável importância. Desde o rastreio de descompensação mental no doente e familiares, até à ligação à restante equipa terapêutica, o trabalho da Psiquiatria de Ligação torna-se fundamental, devendo ter um início precoce. (18)

O “limite” da Depressão, nestes doentes, pode cursar com o desenvolvimento de ideação auto-destrutiva ou “desejo de morte”, sendo obrigatório pesquisar esta situação nos doentes em fase terminal. (19)

Também o recurso à “sedação paliativa” tem vindo a aumentar, como forma de minimizar a dor e desconforto (20), ponto de possível intervenção para a Psiquiatria de Ligação.

Cabe ainda ao Psiquiatra de Ligação detectar eventuais situações de “contra-transferência”, por parte de elementos da equipa terapêutica, com investimentos terapêuticos heróicos e agressivos. Por vezes, mesmo após ter sido expressa a recusa, por parte de um doente competente, em ser submetido a mais tratamentos, o médico revela-se incapaz de respeitar o direito à sua auto-determinação, porque não consegue lidar com as emoções dos familiares que pedem ajuda. Não obstante, e perante uma situação de recusa de tratamento, há que reflectir sobre todo o contexto clínico, vivencial e estado mental do doente: evidente o sentimento de desesperança? Integrado num quadro depressivo? É em benefício do doente, que o Psiquiatra deve entender que tal sentimento pode distorcer a forma como o doente se revê na sua doença, bem como a forma como lida com o potencial auxílio da Psiquiatria. (21) A Depressão, no doente terminal, é tão tratável como nos outros doentes. (22) Todas as medidas devem ser tomadas para levar o doente a participar na sua intervenção, minimizando o impacto dos sintomas depressivos nas suas tomadas de decisão. Ainda a considerar a ocorrência frequente de défices cognitivos múltiplos, que podem condicionar a capacidade de decisão do doente, e que são muitas vezes passíveis de atenuação, fazendo recurso de fármacos específicos. (23)

A aprovação do projecto-lei sobre o Testamento Vital (registo antecipado com instruções sobre os tratamentos que a pessoa permite ou recusa receber ao longo da vida, em caso de incapacidade de exprimir a sua vontade) irá necessariamente acarretar uma intervenção ainda mais dinâmica por Psiquiatria de Ligação, tornando-se necessário, à semelhança de outros países, a objectivação de instrumentos estandardizados de avaliação da capacidade de decisão. (24)

B.5 – Reprodução medicamente assistida

Cada vez mais a Psiquiatria se torna numa Especialidade complementar, integrada na prática clínica multidisciplinar do Hospital Geral.

Determinadas áreas de acção têm vindo a levantar questões éticas, reiteradamente debatidas, como é o caso da Reprodução Medicamente Assistida. Somos da opinião que é absolutamente fundamental, a intervenção da Psiquiatria, na decisão sobre este acto médico. Os assuntos relacionados com o início da vida e a intervenção médica que a despoleta são muito delicados: envolvem um conhecimento multidisciplinar e são difíceis de compreender e ainda mais difíceis de lidar. Quando os elementos puramente científicos são combinados com as emoções profundas, toca-se na dignidade humana e nos direitos humanos.(25) Do ponto de vista psiquiátrico, colocam-se dilemas deontológicos, predominantemente relacionados com a questão da elegibilidade dos casais tornando-se mandatário, para qualquer relação médico-doente, o máximo respeito pela autonomia, sem desconsiderar os princípios da justiça e da beneficiência em relação, também, ao novo ser humano. Em suma, pretende-se o respeito pela vida humana, pela natureza humana e pelas relações humanas.

A integração de um Psiquiatra, com experiência em Psicossomática, nas equipas hospitalares responsáveis pela Reprodução Medicamente Assistida encontra-se, no nosso país, numa fase ainda não muito definida mas que urge em assumir contornos bem mais definidos.

Conteúdos da abordagem clínica em Medicina Psicossomática

M. Lederberg (25) definiu alguns dos critérios para o “Diagnóstico Situacional em Psiquiatria de Ligação”, com vista à resolução de algumas das questões éticas que frequentemente se levantam. Em suma, propõe a divisão da abordagem em 5 áreas maior de intervenção, avaliando-se questões referentes ao doente e família, staff e/ou ambos; aspectos legais e aspectos éticos propriamente ditos.

De uma forma geral, e de acordo com estes critérios, cabe ao Psiquiatra de Ligação, para além da realização dos diagnósticos psiquiátricos, a detecção de situações de conflito entre e com o staff, a clarificação das relações estabelecidas entre os diversos intervenientes (doente, família, equipa terapêutica), a atenta avaliação das questões legais implicadas e, por fim, a abordagem de aspectos éticos mais precisos, identificando eventuais conflitos ou dilemas éticos. Deve ainda ser capaz de compreender o aparecimento dos sintomas psíquicos e questões éticas, pretendendo-se identificar qual deles é o factor causal primário, para uma intervenção precisa e eficaz.

Os Psiquiatras, em virtude da sua formação e experiência, têm muito a contribuir para a ética clínica.(26) Os que mantêm actividade na área da Psicossomática, atendendo aos campos de acção descritos beneficiariam, inquestionavelmente, de aprofundar os seus conhecimentos de Bioética devendo, em muitos casos, realizar uma entrevista combinada de “psiquiatria-ética”, na condição de consultor, à semelhança do que já ocorre noutros países. (27)

Conclusões

Os dilemas éticos, tão frequentes em Medicina Psicossomática, estão efectivamente ligados a reacções psicológicas complicadas e a um evidente sofrimento emocional. Se não forem abordados de forma eficiente poderão agravar-se e tornar-se extremamente disfuncionais.

O conhecimento dos princípios éticos clássicos constitui a base de um saber que se pretende modernizado, adaptado às dificuldades actuais do contexto médico hospitalar.

O Psiquiatra de Ligação solidifica, progressivamente, o seu papel na abordagem destes conflitos, assumindo-se como consultor, em situações em que as componentes éticas, emocionais e psicológicas se entrelaçam numa teia de contornos indefinidos. Mas para que, num futuro próximo, se objective esta sua condição, muito há a fazer, em torno da formação otimizada dos profissionais nesta área tão subjectivamente polémica que é a Bioética.

Bibliografia

Cardoso G. Psiquiatria de Ligação: Desenvolvimento Internacional. Acta Med Port 2006; 19:405-412.

Kornfeld D. Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice. Am J Psychiatry 2002; 159:1964-1972.

Kant I. Grounding for the metaphysics of morals. In, Indianapolis: Hackett; 1983.

Mill JS. Utilitarianism. In, Indianapolis: Hackett; 2001.

Aristotle. Nicomachean ethics. In, Indianapolis: Hackett; 1985

Creed F. Liaison psychiatry for the 21st century: a review. Journ Royal Soc Med 1991; 84: 414-417.

Jonsen A, Toulmin S. The abuse of casuistry: A history of moral reasoning. Berkeley: University of California Press; 1988.

Beauchamp T. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.

Veatch R. The place of care in ethical theory. J Med Philos 1998; 23: 210-224.

The principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry. Washington DC: American Psychiatry Association; 2006.

Mermelstein HT, Wallack JJ. Confidentiality in the age of HIPAA: a challenge for psychosomatic medicine. Psychosomatics 2008;49:97-103.

Rait D, Lederberg MS. The family of the cancer patient. In: Holland J, Rowland J, editors. Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. New York: Oxford University Press; 1989:585-597.

Kissane DW, Bloch S. Family focused grief therapy: a model of family-centred care during palliative care and bereavement. Buckingham: Open University Press; 2002.

Bloch S, Green SA. Psychiatric Ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.

Steinberg MD. Psychiatry and bioethics. An exploration of the relationship. Psychosomatics 1997;38:313-320.

Waldfoegel S, Meadows S. Religious Issues in the Capacity Evaluation. General Hospital Psychiatry 1996;18:173-182.

Bergin AE. Values and religious issues in psychotherapy and mental health. Am Psychol 1991;46:394-403.

Shuster JL, Breitbart W et al. Psychiatric Aspects of Excellent End-of-Life Care. Psychosomatics 1999; 40:1-4.

Ganzini L, Lee MA, Heintz RT, et al. The effect of depression treatment on elderly patients preferences for life-sustaining medical therapy. Am J Psychiatry 1994; 151:1631-1636.

Bruce S, Hendrix CC et al. Palliative Sedation in End-of-Life Care. Journal of Hospice and Palliative Care Nursing 2006; 8(6):320-327.

Chochinov HM, Wilson KG et al. Depression, hopelessness and suicidal ideation in the terminally ill. Psychosomatics 1998;39:366-370.

Borson S, McDonald GJ et al. Improvement in mood, physical symptoms and function with nortriptyline for depression in patients with obstructive pulmonary disease. Psychosomatics 1992;33:190-201.

Ferrando SJ. Commentary: Integrating Consultation-Liaison Psychiatry and Palliative Care. Ethics Round 2000;20 (3):235-236.

Tamayo-Velázquez M-I, Simón-Lorda P et al. Interventions to promote the use of advance directives: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling* 2009; 10-20.

Chatzinikolau N. The ethics of assisted reproduction. *Journal of Reproductive Immunology* 2010; 85: 3-8.

Lederberg MS. Making a situational diagnosis. Psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation-liaison setting. *Psychosomatics* 1997;38:327-338.

Leeman CP. Psychiatric consultations and ethics consultations: similarities and differences. *General Hospital Psychiatry* 2000;22:270-275.

Leeman CP, Blum J et al. A combined ethics & psychiatric consultation. *General Hospital Psychiatry* 1999;23:73-76.