

Consentimento informado em pessoas com doença mental

Andreia Carreira *

No âmbito da Unidade Curricular de Ética II, integrada no 1º Semestre do 3º Ano, do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (7º CLE), da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), foi preconizado a realização do presente trabalho em forma de ensaio. De acordo com Nunes (2008) um ensaio consiste numa *“uma peça escrita, de natureza reflexiva e teórica, em torno de um fenómeno, tema ou livro. É uma tentativa de sistematização de ideias sobre o assunto”*. O tema deste ensaio é o consentimento informado em pessoas com doença mental.

Os profissionais de saúde encaram, na sua prática diária, situações que provocam dúvidas sobre as atitudes mais correctas a toma em relação às pessoas, quer seja do ponto de vista de condutas técnicas, quer do ponto de vista ético. A escolha deste tema prende-se pelo facto de considerar o consentimento informado na doença mental, um aspecto importante merecedor da minha atenção enquanto estudante e futura profissional.

O problema inicial refere-se á execução do consentimento informado das pessoas com doença mental. Assim, surgem as seguintes questões: O que é a doença mental? As pessoas com doença mental têm capacidade de exercer a autonomia em toda a sua plenitude? Existe critérios para definir se uma pessoa tem capacidade de exercer a sua autonomia? Quando uma pessoa é considerada incompetente para decidir, este “estatuto” fica permanente ou é transitório? Como se aplica o consentimento / dissentimento informado nas pessoas com doença mental? Como é possível respeitar as pessoas cuja capacidade para fazer escolhas está comprometida pela própria condição para a qual o tratamento é oferecido?

Deste modo, com a realização deste ensaio objectiva-se: aprofundar conhecimento sobre este tema, seleccionar a bibliografia mais adequada, afim de chegar às conclusões mais correctas; responder às questões levantadas, atra-

vés de opiniões de alguns autores; e reflectir sobre o descrito explicitando o meu ponto e vista.

A elaboração deste trabalho promove a nossa aprendizagem, enquanto estudantes de Enfermagem do 3º ano, permitindo o desenvolvimento de aptidões a nível de pesquisa, capacidade de argumentação e desenvolvimento de competências éticas.

Este ensaio é composto, numa primeira fase, por um enquadramento teórico que inclui o capítulo “Doença Mental”, onde se pretende esclarecer um pouco desta temática; um segundo capítulo “Princípios Éticos”, este capítulo refere alguns dos princípios éticos fundamentais a este tema; e um terceiro capítulo “Consentimento informado” onde se pretende responder á questões colocadas. Por último, é apresentada uma conclusão, englobando uma síntese final do trabalho, a minha reflexão sobre o tema e a importância do tema para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. São, igualmente, apresentadas as referências bibliográficas consultadas para a concretização do deste ensaio.

Para a realização deste ensaio, foi concedida orientação pelo Professor Sérgio Deodato e pela Professora Lucília Nunes, ao longo de várias tutórias, facilitando a elaboração do mesmo. Os meios de pesquisa a que recorremos foram o Centro de Recursos para a Aprendizagem e Investigação no I.P.S. onde consultámos livros, revistas e referências electrónicas.

Doença Mental

A definição de saúde mental é muito complexa, pois o seu conceito não está completamente definido (MANTEIGAS, 2008). Segundo a OMS, saúde é um completo bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, quando nos referimos à saúde

* Estudante do 7º CLE da ESS-IPS

- Artigo revisto pela Prof. Lucília Nunes, Unidade Curricular de Ética II

mental pode parecer dispensável, pois a própria definição da OMS abrange tudo o que diz respeito aos aspectos relacionados com a mente (SERRÃO, *et. al.*, 1998). Segundo o mesmo autor, a área que se aplica ao estudo da mente, considera um dos conceitos delicados, a normalidade, quando interpretada como ausência de sintomas. Contudo a anormalidade não significa necessariamente patologia, mas um desvio da norma relativamente ao restante grupo de referência. Deste modo, normal define-se a partir do contexto social e cultural, indicando uma adaptação correcta ao contexto social. A existência de doença é definida pelo o nível de incapacidade, que determinadas características, próximas ou não da norma, provocam em determinado sujeito. O mesmo autor refere ainda que, sendo a área saúde mental uma área tão abrangente a única solução viável será recorrermos de uma "imaginação sociológica" para nos ajudar a abandonar o nosso conceito de "normalidade", aceitando que esta pode ter diversas variantes, incluindo aquelas que podem causar problemas.

Assim, é necessário uma abordagem centrada na pessoa humana, como em todas as áreas. A relação estabelecida entre os intervenientes é fundamental, quando pretendemos aceder a questões do psiquismo num indivíduo. Sendo, a comunicação o único meio capaz de atingir a compreensão individual inerente à saúde mental (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Um aspecto importante de realçar é o estigma e a discriminação que acompanha o conceito de doença mental. Não só nos países menos desenvolvidos como nos mais desenvolvidos, a estigmatização das pessoas com doença mental tem persistido ao longo da história. A doença mental era entendida como um castigo ou maldição divina, o que levou as sociedades a se protegerem dos "doentes mentais". Só recentemente é que se começou a perceber a doença mental do ponto de vista científico (GONÇALVES, *et. al.*, 2004).

Numa pequena viagem por Portugal, podemos lembrar por toda a parte os loucos, lobisomens, as possessões diabólicas, as ameaças permanentes, as medidas de contenção. Encontraremos também, o enclausuramento, o apedrejamento, ofensas graves, ... "impostas àqueles seres humanos, que por serem como são terão deixado de o ser... e perceberemos que os "loucos", sempre despertaram medo"... (MILHEIRO, 2007 p. S71.). No entanto, actual-

mente existe grandes melhorias neste campo, começando a entender-se a doença mental do cientificamente, contudo, o estigma persiste (MILHEIRO, 2007).

Outra ideia preconceituosa, sem base científica, é em torno da suposta "incurabilidade" dos doentes mentais, como se diz popularmente: "Uma vez louco, sempre louco". Tal prognóstico não correspondia à verdade nem mesmo quando a Psiquiatria possuía de menos conhecimento acerca dos transtornos mentais (FÉ [s.d.]).

Então, o que é a doença mental? Alguns autores consideram que a doença mental corresponde a uma exacerbação da personalidade. Contudo, outros consideram a doença mental uma variação quantitativa da norma, sendo que, nesta perspectiva, todos possuímos estruturas psicóticas, e a demonstração pessoal da loucura seria um prolongamento da alienação colectiva. "*A doença mental quando relacionada com os problemas inerentes à vida e não à patologia cerebral, seria então um mito, ou intervenção cultural, e a psicopatologia desprovida de significados; só teria valor dentro de uma cultura que a reconhecesse como tal*" (SERRÃO, *et. al.*, 1998, p.70).

Foucault (1954) considera que, a doença mental não é simplesmente um desvio cultural, mas sim uma manifestação cultural. "*Os diagnósticos psicopatológicos são projecções das sociedades, uma vez que se baseiam naquilo que é desvio da norma*". Dado que a doença mental é um conceito teórico transforma-se, com o passar do tempo e para quem acredita nele, um facto, como acontece com todos os outros conceitos. Neste sentido, a saúde mental está muito ligada às questões éticas, o que diz respeito aos problemas vivenciais, isto é, à dificuldade de cumprimento das normas éticas, políticas e sociais que abrange toda a sociedade (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Em suma, independentemente da concepção que cada um tenha acerca da Doença Mental, se for possível proporcionar uma melhor qualidade de vida da pessoa, depois de analisar as variáveis pessoais, familiares, sociais, culturais, entre outras que contribuem para a singularidade de cada um, a nossa consciência ética deve impelir-nos ao cumprimento do dever (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Por fim importa salientar que, o principal objectivo bioético da Associação de Psiquiatria é a

promoção da saúde, da autonomia e do crescimento da pessoa, devolvendo-lhe a liberdade intrínseca á condição humana (GONÇALVES, *et. al.*, 2004).

Princípios Éticos

Para a realização deste trabalho considero relevante expor e compreender alguns Princípios Éticos que orientam os profissionais de saúde, na sua prática clínica, e que são fundamentais no consentimento informado.

A Enfermagem é uma profissão que assenta inevitavelmente em pressupostos éticos e morais visando a protecção e dignidade da pessoa. Os princípios éticos nos cuidados de saúde são essenciais para a orientação das decisões clínicas. É durante a prestação de cuidados de saúde, através da partilha de preocupações relativas aos cuidados e relacionamento com as pessoas, que se desenvolve o conhecimento ético (QUEIRÓS, 2001).

Nós pertencemos a uma sociedade regida por normas e valores próprios. No entanto, os valores e as regras sofrem alterações, não existindo um único comportamento mas uma série de opções. Deste modo, cada indivíduo exerce o seu direito de livre arbítrio e vive do modo que considera melhor. Frequentemente, no nosso dia-a-dia, somos confrontados com situações, que nos parecem simples, sobre as quais temos que tomar decisões e, muitas vezes, decidimos sem grandes reflexões, sem uma análise mais ponderada porque são situações comuns. No entanto, a enfermagem não se limita a comportamentos comuns, na maior parte das vezes, somos confrontados com situações distintas e imprevisíveis que exige de nós uma decisão reflexiva (NUNES, [s.d.]).

A essência de Enfermagem é o cuidar, para proteger, aumentar e preservar a dignidade humana. Existe pois, diversos modos de agir, de acordo com cada pessoal, sem nunca desrespeitar esse princípio (NUNES, [s.d.]).

A dignidade humana constitui o centro dos direitos humanos fundamentais. O ser humano, não só é o único ser com capacidades para orientar as suas acções racionalmente e de livre vontade, mas também “ (...) é o único ser cuja existência, em si mesma, constitui um valor absoluto (...)” (SOUSA, 2007 p. 1). Ou seja, “...um fim em si e nunca um meio para a prossecução de outros fins” (SOUSA, 2007 p. 1).

O princípio da dignidade humana constitui a base onde assenta todos os outros princípios, valores e direitos fundamentais de todos os seres humanos, sem excepção (DUARTE, 2008).

O princípio da dignidade humana significa, ética, deontológica e juridicamente o reconhecimento do outro como um ser dotado de autonomia individual para o exercício à autodeterminação, com liberdade de escolha em relação às decisões da sua vida. Cada ser humano tem liberdade de traçar os seus projectos de vida, sendo que o limite da sua liberdade é, exclusivamente, o direito que o outro tem à mesma autonomia, ao mesmo reconhecimento da sua dignidade e do direito à autodeterminação (CERDEIRA, 2008).

Deste modo, a autodeterminação é um direito decorrente do reconhecimento da dignidade humana, na operacionalização da autonomia. “*A humanidade organiza-se (ética, deontológica e juridicamente), ou deveria organizar se, em torno do respeito, da promoção e até da própria protecção da autonomia da pessoa, decorrente do reconhecimento da dignidade humana do outro, assumindo o como ser único e com direito à autodeterminação*” (CERDEIRA, 2008 p.15).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ressalta no artigo 3.º a importância atribuída ao princípio da dignidade humana, enunciando: “1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados”.

No enquadramento legal português, a Constituição ressalva, também, a importância da dignidade humana consagrando o artigo 1.º “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana [...]”. Ou seja, Portugal anuncia a dignidade da pessoa humana um princípio fundamental dos direitos da pessoa, inviolável e inerente à personalidade (independentemente do género, raça, classe social, religião, etnia, ideologia, filosofia ou outras qualificações), devendo ser respeitada e protegida (SOUSA, 2007).

No Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 78.º afirma que as intervenções de enfermagem são realizadas tendo em conta a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana. Segundo o enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfer-

imagem, “a pessoa é ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”.

Como foi referido anteriormente, o reconhecimento da dignidade do outro, passa pelo respeito da sua autonomia. Posto isto, o princípio da dignidade humana está directamente ligado ao princípio da autonomia.

O respeito pela autonomia relaciona-se “ (...) à liberdade de acção com que cada pessoa escolhe – as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas mesmo tenham seleccionado (...)” (NUNES *et. al.*, 2005; p. 91). O princípio da autonomia indica a capacidade que o ser humano tem em aplicar leis a si próprio ou a condição de pessoa ou de uma comunidade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submete (NUNES, [s.d.]). A desigualdade da relação que existia entre o médico e a pessoa situava o médico numa postura dominante e de superioridade, que se traduzia na tomada de decisão acerca da pessoa, sem informação prévia da mesma. Esta desigualdade, na relação, teoricamente foi corrigida, quando se reconheceu a pessoa como sujeito autónomo (COELHO, *et. al.*, 2005).

Na prática clínica a adopção do princípio do respeito pela autonomia, implica que os profissionais de saúde passem a considerar o desejo da pessoa, relativamente à abstenção ou suspensão de tratamento; a promover quanto possível comportamentos autónomos, informando as pessoas convenientemente e assegurando que estas compreenderam a informação (COELHO, *et. al.*, 2005).

Outro princípio importante para este tema é o princípio da beneficência. O princípio da beneficência significa “ (...) fazer o bem [e] ajudar o outro a obter o que é para seu benefício (...)” (NUNES *et. al.*, 2005; p. 90). Ou seja, o princípio da beneficência corresponde ao respeito pela vontade da pessoa na óptica do seu melhor interessa (SERRÃO *et. al.*, 1998). Relacionado com este princípio está o princípio da não maleficência no sentido de “não fazer o mal (...) não causar dano” (NUNES *et. al.*, 2005; p. 91). Este princípio foi considerado por Hipócrates o princípio ético da Medicina. “*Determina o não infligir qualquer mal e dele decorre a regra da fidelidade, no sentido do médico se manter fiel à promessa de procurar sempre o bem do seu doente*” (COELHO, *et. al.*, 2005 p. 176). Estes dois princípios estão vinculados, devendo ser considerados conjuntamente (COELHO, *et. al.*, 2005).

O princípio da justiça pode ser definido como a obrigação ética de dar a cada pessoa o que lhe é devido. Este princípio pressupõe uma distribuição equitativa dos recursos entre as pessoas relativamente a matéria sanitária, para evitar discriminação nas políticas de Saúde Pública (COELHO, *et. al.*, 2005).

Por último, outro princípio importante para o presente trabalho é o princípio da vulnerabilidade. O termo vulnerabilidade deriva do Latim *vulnus*, que significa ferida. De um modo geral, vulnerabilidade refere-se a pessoas em que há a possibilidade ser ferido (ANJOS, 2006). Este princípio declara que, os seres humanos, não são iguais na sua capacidade para aguentar as relações com o mundo natural e com os outros seres humanos. Os seres humanos são diferentes entre si pelo nível educacional, pela posse de bens económicos e de meios financeiros, pela situação pessoal e familiar na sociedade, pela profissão desempenhada e até pelo projecto de vida, tendo diferentes capacidade e diferentes necessidades. Deste modo, é aceitável eticamente que haja uma discriminação positiva em benefício dos mais fracos, ou seja, dos mais vulneráveis. Este princípio, da vulnerabilidade coloca alguns limites ao exercício da autonomia, reconhecendo o princípio da beneficência nos cuidados de saúde (SERRÃO, [s.d.]). Algumas pessoas estão particularmente mais frágeis ao ponto da sua integridade física ou psicológica estar ameaçada, como no caso de pessoas com doença mental, ou seja mais vulneráveis (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Nos cuidados de saúde o princípio da beneficência e o respeito pelo princípio da autonomia entram frequentemente em conflito, dando origem ao paternalismo médico (COELHO, *et. al.*, 2005).

Consentimento informado

Durante muito tempo, a ética baseou-se no juramento de Hipócrates, no qual não existia obrigação do médico em obter o consentimento informado. Actualmente, tal não acontece, pois o consentimento informado veio mudar o paradigma das relações médico – “doente”, como foi referido. “*O consentimento informado determina o fim do paternalismo médico, em que só ao médico competia fazer o diagnóstico e determinar a terapêutica*” (GONÇALVES, *et. al.*, 2004 p. 133).

Na enfermagem, as intervenções requerem um

consentimento informado, por parte das pessoas, quer essa decisão seja da responsabilidade dos próprios, quer seja da responsabilidade de outros (DUARTE, 2008). Posto isto, torna-se importante o esclarecimento deste, assim como, de algumas questões a ele associadas.

¿O que é o consentimento informado?

Segundo Sousa (2007, p.1), o consentimento informado em enfermagem é: “ (...) *uma autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem*”.

O consentimento pode ser declarado por qualquer meio que expresse a vontade, livre e elucida da pessoa, quer seja feito oralmente, escrito ou outro meio directo, como refere O Código Penal Português, que enuncia no artigo 38.º: “*O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto...*”.

Deste modo, o consentimento é a última etapa de um processo em que a capacidade da pessoa e a informação são de extrema importância (CERDEIRA, 2008).

Para que haja consentimento / dissentimento informado, tem de existir partilha de informação com a pessoa, de modo a que esta possa ter liberdade de escolha relativamente a uma decisão futura. A informação dada deve ser fundamental, adequada às suas necessidades e circunstâncias, inclusive às suas necessidades religiosas, étnicas e culturais bem como às suas capacidades linguísticas e níveis de alfabetização de saúde, a fim de clarificar o essencial, para que a pessoa decidir de forma realista sobre o tratamento. Assim, considera-se importante informar a pessoa sobre o objectivo e natureza da situação ou procedimento, o método, a duração provável, as alternativas existentes, a taxa de êxito, os efeitos secundários, a qualidade de vida, dor ou desconforto, entre outros (PARENTE *et. al.*, 1998; PACHECO *et. al.*, 2004; SOUSA, 2007).

Um consentimento informado completo, segundo Kelly Edwards, deve incluir a natureza da situação ou procedimento, as alternativas existentes à intervenção proposta, os riscos, os

benefícios e as incertezas relativas a cada alternativa, a avaliação da capacidade de compreensão da pessoa e a aceitação da intervenção pela pessoa (DUARTE, 2008).

Este direito prende-se com o respeito, promoção e protecção da autonomia da pessoa, estando ligado á autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal (SOUSA, 2007). Respeitar a autonomia da pessoa significa respeitar as suas decisões, desde que não interfiram no valor da dignidade humana (GONÇALVES, *et. al.*, 2004). É através do respeito pela autonomia e da dignidade da pessoa que nasce a necessidade do consentimento informado (SERRÃO *et. al.*, 1998). “ (...) *a dignidade da pessoa humana é o núcleo essencial dos direitos humanos fundamentais(...)* O respeito pela dignidade da pessoa humana significa, na realidade, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir.”

O princípio da autonomia subentende ao princípio da competência, que é definido como a capacidade de cada pessoa para julgar no seu melhor interesse, tanto a nível físico, como intelectual. Contudo, é importante referir que o princípio da autonomia não é valor absoluto, deve ser considerado em interacção com outros princípios e factores (GONÇALVES *et. al.*, 2004). Um desses princípios é o da beneficência. O princípio da beneficência também está ligado ao conceito de consentimento informado, pois, uma decisão partilhada pode ser de melhor interesse para a pessoa (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Todas as pessoas dão o seu consentimento / dissentimento informado?

Existem algumas condições para que o consentimento / dissentimento informado seja considerado válido ética e legalmente. Para que uma pessoa possa manifestar o consentimento informado, é necessário os seguintes requisitos: Competência; Exposição; Compreensão; Voluntariedade; e Consentimento. Estes requisitos foram ainda organizados por Beauchamp e Childress em três componentes fundamentais (COELHO, *et. al.*, 2005):

I – Elementos essenciais (condições prévias)

Competência
Voluntariedade

II – Elementos informativos

Exposição (da informação)
Recomendação (de um plano)
Compreensão (da exposição e recomenda-

ção)

III – Elementos do consentimento

Decisão (a favor do plano)

Autorização (do plano eleito)

Em relação a esta ordenação é necessário referir que quando se fala em dissentimento, o item III refere-se a Elementos de Recusa (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

A competência para consentir é essencial para o exercício do direito de autodeterminação nos cuidados de saúde. Competência, segundo Gálan Cortés, é definida como “a aptidão cognitiva, volitiva e emocional de uma pessoa para entender a informação sobre cuidados de saúde que lhe é transmitida, de forma a que possa eleger, autónoma e racionalmente, o que mais convém aos seus interesses – aceitar ou recusar a prestação destes cuidados, com base na informação que lhe foi transmitida” (LAMPREIA, 2008, p. 20). Para assumir uma decisão, a pessoa tem de ter capacidades intelectuais e emocionais. Esta decisão deverá corresponder com uma estrutura de valores que a pessoa, autonomamente tomou por si (LAMPREIA, 2008). A OMS (2005) afirma que a pessoa que dá o consentimento deve ser competente para o fazer, e que a competência é pressuposta até que haja prova em contrário.

A voluntariedade pressupõe a liberdade de actuação, mas pressupõe a existência de um conhecimento suficiente da decisão que se vai tomar (COELHO, *et. al.*, 2005). O consentimento deve ser obtido livremente, sem ameaças ou induções inconvenientes. Ou seja, a expressão da vontade relaciona-se com o conceito de liberdade de decisão, a pessoa deverá estar livre de qualquer influência exterior, nomeadamente de forças manipuladoras ou coesivas. Este tipo de influência sobre a vontade da pessoa deve ser considerada com violador do princípio da autonomia individual (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Relativamente à exposição da informação, para que a pessoa possa consentir / dissentir é fundamental que esta tenha acesso à informação correcta e por completo, apropriada e adequada às suas necessidades, numa linguagem compreensível, para que a realização da escolha seja em veracidade (SOUSA, 2007). Contudo existe uma excepção a este requisito, denominado privilégio terapêutico. Nesta situação o profissional de saúde pode ocultar informação, se considerar que essa informação poderia ser prejudicial para a pessoa (COELHO, *et. al.*,

2005). Este procedimento está claramente expresso no artigo 157.º do Código Penal que enuncia: “Salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde física ou psíquica”.

A necessidade de revelação de informação por parte do profissional de saúde requer a compreensão da pessoa à informação dada. A compreensão da informação pode estar comprometida por duas razões: 1) A pessoa não compreendeu a informação porque esta foi fornecida com linguagem incompreensível para a pessoa; 2) A pessoa não tem capacidades para compreender a informação, recusa prestar atenção ou rejeita a própria informação (COELHO, *et. al.*, 2005).

Relativamente à autorização, como já foi referido o consentimento / dissentimento informado, por ser manifestado verbalmente ou através da escrita. No entanto existe algumas excepções à exigência do consentimento informado (COELHO, *et. al.*, 2005): “Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da pessoa em causa” (Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina). Ou seja, em situações de emergência, em que a pessoa se encontra em perigo de vida, incapaz de se exprimir ou de avaliar a situação, compete aos profissionais de saúde agir com a vontade presumida do mesmo. O profissional de saúde deve agir de acordo com o princípio da beneficência (MATOS, 2008). Em caso de incompetência ou incapacidade (como é o caso de pessoas com doença mental, menores, estado de inconsciência, incapacidade de expressar a vontade ou até interdição) (MATOS, 2008). Quando existe risco para a saúde pública (COELHO, *et. al.*, 2005). No caso da pessoa prescindir do direito de ser ouvido, incumbindo num familiar essa prerrogativa, ou delega no profissional de saúde a faculdade de decidir (COELHO, *et. al.*, 2005).

Como se aplica o consentimento / dissentimento informado nas pessoas com doença mental?

Sendo o principal objectivo do consentimento informado ajudar a pessoa a tomar as melhores

decisões para si próprio, não faz sentido que tal não se aplique à psicoterapia. A Associação Psiquiátrica Americana, num documento relativo ao consentimento informado em psiquiatria menciona que *“seja ou não requerido por lei, parece razoável encorajar os psiquiatras a discutirem com os seus doentes a natureza da psicoterapia, os seus benefícios e riscos (quando aplicável), e as alternativas existentes (psicoterapeutas e não psicoterapeutas) para os seus problemas”* (SERRÃO, et. al., 1998 p.68).

A maioria das pessoas com doenças mentais mantém a capacidade para tomar decisões e realizar escolhas informadas relativamente a questões importantes que alteram as suas vidas. No entanto, se o transtorno mental for grave essa capacidade de decidir e tomar decisões pode estar comprometida (OMS, 2005). Então como avaliar se uma pessoa, com doença mental, tem capacidade para decidir?

No caso da saúde mental, em determinados momentos a pessoa pode precisar da competência para tomar uma decisão. Os juízos de competência têm como objectivo diferenciar as pessoas que são capazes de emitir decisões autónomas das pessoas cuja decisão deve ser supervisionada ou substituída por outra pessoa. Segundo Barreto, pode existir dúvida nos casos de situações limite, em que é necessário uma avaliação mais criteriosa em relação ao grau de capacidade para consentir (COELHO, et. al., 2005).

A competência de uma pessoa para decidir pode ser definida, como a capacidade de compreender uma informação importante, avaliar essa informação relativamente à sua enfermidade, sendo capaz de elaborar um raciocínio lógico, que termine a expressão da sua escolha. Para se considerar uma pessoa incompetente para consentir / dissentir é necessário demonstrar que o transtorno mental está presente por si mesmo, no momento da observação e consecutivamente não foi simplesmente concluído a partir do diagnóstico psíquico. Contudo, em algumas situações esta avaliação pode ser difícil de avaliar (GONÇALVES et. al., 2004).

O direito de consentir no tratamento também implica o direito de recusar tratamento. Se um paciente é considerado capaz para dar consentimento, a recusa de tal consentimento também deve ser respeitada (MATOS, 2008).

Quando a pessoa é considerada incompetente para consentir / dissentir o consentimento deverá ser obtido junto dos seus representantes legais (MATOS, 2008).

Depois de tudo o que foi referido, surge outra questão: Como é possível respeitar as pessoas cuja capacidade para fazer escolhas está comprometida pela própria condição para a qual o tratamento é oferecido?

Quando a pessoa é considerada incapaz para participar na decisão sobre os cuidados e não é possível obter o consentimento através do representante legal, os profissionais de saúde devem ter em conta que os cuidados deverão ser realizados tendo em vista o melhor interesse da pessoa, tendo em atenção as suas preferências, crenças e valores, se os tiver manifestado ou deles haja conhecimento. O melhor interesse da pessoa é a restauração ou preservação das funções vitais, o alívio do sofrimento e a manutenção da qualidade de vida (CERDEIRA, 2008). Segundo Kaplan (1997) mostrar respeito pela pessoa com doença mental é escutá-la, tentar compreendê-la, evitar estigmas e um diagnóstico prematuro. O respeito é veiculado, pelo modo como se fala, tentar explicar e oferecer opções realistas, mesmo àqueles cuja competência é questionável. Os profissionais de saúde devem precaver-se contra presumir que pessoas não são competentes para decidir por si próprios, até que se prove o contrário. O respeito pela pessoa é demonstrado pela reciprocidade, comunicação e preocupação, e não pelo domínio. Segundo a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (CDHB), Capítulo II, artigo 5.º consagra como regra geral: *“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”* Ou seja, as intervenções na área da saúde só podem ser executadas com o consentimento da pessoa, no entanto, este não é definitivo, em qualquer momento a pessoa pode rejeitar um tratamento que anteriormente tinha aceite.

No caso da pessoa não ter a capacidades necessárias para dar o consentimento, como no

caso de possuir doença mental a CDHB, Capítulo II, artigo 7.º enuncia para Protecção das pessoas que sofram de perturbação mental que: *“Sem prejuízo das condições de protecção previstas na lei, incluindo os procedimentos de vigilância e de controlo, bem como as vias de recurso, toda a pessoa que sofra de perturbação mental grave não poderá ser submetida, sem o seu consentimento, a uma intervenção que tenha por objectivo o tratamento dessa mesma perturbação, salvo se a ausência de tal tratamento puser seriamente em risco a sua saúde.”* Posto isto, mesmo em caso da pessoa possuir doença mental, esta não pode ser submetida a uma intervenção sem o seu consentimento, isso só poderá acontecer se essa intervenção tiver como objectivo o tratamento dessa doença mental. Neste caso deve-se ter em conta o princípio da beneficência (actuar no melhor interesse da pessoa), tentando produzir mais benefícios que malefícios.

A Lei da Saúde Mental – Lei n.º 36/98 de 24 de Julho, relativamente ao consentimento informado, enuncia no artigo 5.º nos Direitos e Deveres do utente: *“a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis; b) Receber tratamento e protecção, no respeito pela sua individualidade e dignidade; c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros; d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito; (...) 2 - A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental. 3 - Os direitos referidos nas alíneas c), d) e e), do n. 1, são exercidos pelos representantes legais quando os doentes sejam menores de 14 anos ou não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento”.*

Consentimento informado no exercício da Enfermagem

A nível dos enunciados de posição do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) destacam-se três sobre este tema: *Health Information:*

Protecting Patient Rights (2000), *Informed Patients* (2003) e *Nurses and Human Rights*, actualizada em 2006 (SOUSA, 2007).

No enunciado *Health Information: Protecting Patient Rights* (2000), o ICN defende o direito à informação, das pessoas alvo de cuidados de saúde. Estas tem direito de informação relativa ao seu problema de saúde, às acções propostas ou efectuadas pelos prestadores de cuidados, assim como às consequências que poderão resultar dessas acções (SOUSA, 2007; DUARTE, 2008).

Em *Informed Patients* (2003), refere que a informação deve ser actualizada e adaptada às necessidades da pessoa. A informação deve ser de fácil acesso, oportuna, exacta, clara, relevante, fiável e baseada em evidência ou na melhor prática, no sentido da participação activa da pessoa nas tomadas de decisão, sendo a confidencialidade e a privacidade da informação um direito da pessoa (SOUSA, 2007; DUARTE, 2008).

O enunciado *Nurses and Human Rights* refere: *“a perspectiva da saúde como um direito de todos os indivíduos, sem considerações financeiras, políticas, geográficas, raciais ou religiosas Este direito inclui o direito de escolher ou recusar o cuidado (inclusive o direito de aceitar ou recusar o tratamento ou a nutrição), o consentimento informado, a confidencialidade, e a dignidade, inclusive o direito de morrer com dignidade”* (SOUSA, 2007 p. 5).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) considera que as intervenções de enfermagem são autónomas ou interdependentes a efectuar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (n.º 4 artigo 4.º do REPE). Segundo o artigo 9.º do REPE, as intervenções autónomas são *“acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”* e as intervenções interdependentes são as *“realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e*

das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

O REPE refere ainda, no artigo 8.º *“No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”*, ou seja, os enfermeiros devem respeitar os princípios éticos. No caso do consentimento / dissentimento informado, passa por respeitar e fazer respeitar a pessoa (DUARTE, 2008).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros no artigo 84.º enuncia: *“no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:*

- a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de Enfermagem;*
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de Enfermagem;*
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”.*

Este artigo salienta dois deveres essenciais: o dever do enfermeiro em informar e o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (CERDEIRA, 2008).

O Enquadramento das Competências do enfermeiro de cuidados gerais declara que, cabe ao enfermeiro garantir que as pessoas de quem cuidam, recebem e compreendem a informação relevante, sobre o estado de saúde da pessoa, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito na qual baseiam o consentimento dos cuidados (CERDEIRA, 2008).

Por último, o Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros, referente ao consentimento informado em cuidados de enfermagem menciona:

“1 – A Ordem dos Enfermeiros defende o direito de cada pessoa à autodeterminação e a uma adequada informação que permita tomar decisões face aos projectos de cuidados que lhe são propostos.

2 – A Ordem dos Enfermeiros reforça a obrigação profissional de salvaguardar e proteger os direitos humanos, o que inclui assegurar que os cuidados adequados são prestados com os recursos disponíveis e de acordo com a ética e

deontologia profissional; igualmente, os enfermeiros estão obrigados a assegurar-se que os clientes recebem informação adequada e compreensível para eles, em ordem a consentirem nos cuidados, incluindo participação em investigação. Os Enfermeiros são responsáveis pelas suas acções e omissões na salvaguarda dos direitos humanos, pois lhes incumbe cuidar das pessoas e o cuidado inclui a protecção e a salvaguarda do Outro, assim como a promoção do seu desenvolvimento, no sentido do autocuidado.

3 – Os enfermeiros têm o dever de informar e de obter consentimento para a realização de intervenções de enfermagem, de acordo com o art. 84º do Código Deontológico, sendo que as pessoas têm direito a aceder à informação, num formato apropriado e ao nível da sua própria escolha, que lhes permite participar activamente de modo informado, em decisões sobre a sua saúde.

4 – A Ordem dos Enfermeiros considera que a formação – inicial e contínua – deve prover as competências necessárias para assegurar que os clientes são adequadamente informados”.

Esta tomada de decisão reforça a importância atribuída pela Ordem dos Enfermeiros às questões relacionadas com o consentimento informado na prática da Enfermagem. Determina linhas orientadoras para um desempenho adequado dos enfermeiros nesta matéria, indispensável à qualidade dos cuidados de Enfermagem, salvaguardando os direitos da pessoa tendo como objectivo a prática de cuidados de Enfermagem de qualidade (DUARTE, 2008).

Reflexão / Conclusão

A ética actualmente, ocupa um lugar sólido nas áreas de interesse da Saúde Mental e o seu desenvolvimento permanente é uma fonte de grande estímulo para os que consideram este tema fundamental para o exercício da profissão (COELHO, *et. al.*, 2005).

Concordo com o autor Rui Coelho quando este afirma que, as pessoas que tem a sua autonomia reduzida, nomeadamente as pessoas com doença mental, carecem de uma protecção especial para não sofram abusos e discriminação, como ocorreu durante a história da investigação clínica, e que ainda hoje continua manifestar-se. É nosso objectivo ético, recorrer às nossas competências para possibilitar o redescobrir da autonomia da pessoa, permitindo o

uso completo da liberdade que existe inerente à condição humana (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Apoio a ideia que o consentimento informado é essencial na relação entre os enfermeiros e as pessoas, este salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa, a sua autodeterminação e a promoção do bem estar, no exercício da liberdade responsável (SOUSA, 2007). O acesso ao consentimento informado permite incluir a pessoa no seu processo, através da sua tomada de decisão, com vista à sua autonomia, não só pelo poder de escolha, como também numa fase pós-alta (SERRÃO, *et. al.*, 1998; SOUSA, 2007).

Concordo que, as pessoas com doença mental são pessoas mais vulneráveis, e em determinadas situações podem não ter competência para tomar decisões em relação ao seu tratamento. Contudo, quando as pessoas não são competentes para exercer o consentimento informado, não dispensa o profissional de saúde de as respeitar, ou seja, de as informar, de as ouvir, evitar estigmas e um diagnóstico prematuro ... Quando as pessoas são consideradas incompetentes para decidir existe a necessidade da participação de outras pessoas (família, médico...), no seu processo de tratamento (COELHO, *et. al.*, 2005).

O consentimento livre e informado deve ser fundamental no tratamento e reabilitação das pessoas com doença mental. Todas as pessoas devem ser consideradas, numa fase inicial, com capacidade para consentir / dissentir e todo interesse deve ser feito para capacitar a pessoa (empoderamento) (OMS, 2005).

A elaboração deste trabalho foi bastante interessante e estimulante, dado que me permitiu adquirir e desenvolver muitos conhecimentos teóricos, de extrema importância, relativos ao consentimento informado na Saúde Mental. Para além disso, permitiu-me esclarecer algumas dúvidas de um tema bastante relevante, que me irá ser muito útil em contexto de Ensino Clínico. Enquanto estudante de Enfermagem e prestadora de Cuidados de Saúde em contexto de Ensino Clínico, considero fundamental o conhecimento sobre o consentimento informado na pessoa com doença mental, de forma a poder tomar decisões de Enfermagem com fundamento e confiança e contribuir para a melhoria do estado de Saúde da pessoa.

Relativamente aos objectivos propostos no

início deste trabalho, penso que foram atingidos, que consegui seleccionar bibliografia adequada ao tema, que consegui responder de forma clara às perguntas inicialmente formuladas, baseando-me em autores de referência, que consegui aprofundar os meus conhecimentos acerca do tema seleccionado, e que consegui chegar a conclusões correctas.

Como aspecto dificultador, considero o facto de a informação encontrada, relativamente a este tema ser bastante semelhante entre as várias bibliografias aqui apresentadas, o que limitou o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que se não se pretendia cair na repetição. Relativamente aos aspectos facilitadores saliento a orientação dos Professores Sérgio Deodato e Lucília Nunes, que me ajudaram a ultrapassar as dificuldades encontradas ao longo do trabalho.

Por último, considero um balanço positivo em relação à realização deste trabalho, pelas novas e diferentes experiências e pela aquisição de novos conhecimentos e aptidões. Aumentei os meus conhecimentos em relação ao papel do enfermeiro no que representa o seu dever de informar. Ao longo da realização deste ensaio, também, foi possível esclarecer as minhas dúvidas.

Enquanto estudante de enfermagem, sei que não posso fornecer qualquer tipo de informação, excepto aquela referente à minha prestação de cuidados, assim como, informação relativa ao encaminhamento da pessoa e família para os meios existentes na comunidade. No entanto, posso e devo promover a autonomia da pessoa de modo a que esta seja integrada no seu processo de reabilitação e cura.

Referências Bibliográficas

- KAPLAN, Harold I. *et al.* – *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* – 7ª Edição. Artmed Editora. Porto Alegre, 1997. ISBN: 85-7307-211-3
- PACHECO, Susana; *et. al.* – *Para uma Ética da Enfermagem: desafios* – COIMBRA: Gráfica de Coimbra 2004. ISBN: 972-603-326-8.
- PARENTE, Paulo; *et. al.* – *Ética nos Cuidados de Saúde* – 1ª Edição, COIMBRA: Formasau, Formação e Saúde Lda., 1998. ISBN: 972-8485-04-2.
- NUNES, Lucília – *Guia Orientador para Elaboração de Ensaio* – Unidade Curricular: Ética II. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, 2008.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

- Organização Mundial de Saúde (OMS) – *Livro De Recursos Da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação - Cuidar, sim - Excluir, não* – [s.l.], 2005. ISBN 92-4-856282-5. Acendível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf
- QUEIRÓS, Ana Albuquerque – *Ética e Enfermagem* – COIMBRA: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8717-07-5.
- SERRÃO, Daniel *et. al.*, - *Ética em Cuidados de Saúde* – Potro editora, Porto, 1998. ISBN: 972-0-06033-6.

Referências Electrónicas

- ANJOS, Márcio Fabri dos - *A vulnerabilidade como parceira da autonomia* – 2006. Acendível em: http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/html/X%20-%20html/biblio/htm_RBB/RBB%202-2/Art02.pdf (15 - 11- 2008, 9.50h)
- FÉ, Ivan de Araújo Moura - *Doença Mental e Autonomia* – [s.d.]. Acendível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/doenmental.htm> (15 - 11- 2008, 9.18h)
- GONÇALVES, Filipe Arantes, et. al. – Os Contornos Bioéticos de um caso clínico de Perturbação Depressiva Major – Revista Portuguesa de Psicossomática, Sociedade Portuguesa de Psicossomática, Porto, p. 127-140, 2004. Acendível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28760210.pdf> (15 - 11- 2008, 9.08h)
- MANTEIGAS, Adelino (Assessor de Enfermagem, Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) – Dia Mundial de Saúde Mental – 17 de Outubro de 2008. Acendível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&view=news:Print&id=820&print=1> (19 - 11 - 2008; 9.20h).
- NUNES, Lucília. [s.d.]. *Configurando a relação bioética e a ética de Enfermagem*. Acendível em: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/ConfigurandoRelacao.pdf. (14-11-08: 21:10).
- NUNES, Lucília. [s.d.]. *O que queremos dizer quando falamos de Ética?* Acendível: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/oquequeremosdizerquandofalamosdeetica.pdf. (14-11-08, 21.21).
- NUNES, Lucília. 10 de Maio de 2006. *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em Enfermagem*. Acendível em: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/Autonomia&Responsabilidade_IICongressoOE.pdf. (14-11-08: 21:15).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico de Enfermagem* – Acendível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/codigodeontologicoEnf.pdf> (27-10-08; 21:00).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadroesQualidade.pdf (27-10-08; 21:30).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* – Agosto de 1996 Acendível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168> (27-10-08; 20:56).
- SERRÃO, Daniel - *Vulnerabilidade: uma proposta ética* – [s.d.] Acendível em: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=124> (21 - 11 - 2008; 12.20h).
- SOUSA, M. A. (Bastonária da Ordem dos Enfermeiros) – *Consentimento Informado para intervenções de Enfermagem* – 15 de Março de 2007. Acendível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Enunciado%20consentimento.pdf> (19 - 11 - 2008; 9.20h).

Referências Jurídicas

- CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS. Acendível em: <http://www.portogal.com/CodigoCivil.html>. (25-10-08; 22:15h).
- CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOME-

DICINA, ra-tificada por Portugal pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de Janeiro. Acendível em: http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/1-07-2001.pdf (24-10-08; 22:15h).

CÓDIGO DE PROCESSO PENAL (Alterado e republicado pela Lei n.º 48/2007 de 29 de Agosto). Acendível em: <http://www.lexis.pt/docs/PPP.pdf> (24-10-08; 22:30h).

Diário da República – I Série A. N.º 55, 12 de Agosto de 2005 – *Constituição da República* – Acendível em: <http://dre.pt/pdf/iles/crp.PDF> (25-10-08; 21:32h).

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANA-NOS. Acendível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. (24-10-08; 23:15h).

LEI DA SAÚDE MENTAL – Lei n.º.36/98 de 24 de Julho. Acendível em: http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/LSMental.pdf (23-10-08; 22:30h).

Outras Referências

CERDEIRA, Ana Berta – *Informação e consentimento* - Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º. 29, 2008. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/43_ROE29.pdf. (4-11-2008, 9.18h).

COELHO, Rui, *et. al.*, - *Aspectos éticos da saúde mental* (parte I) – Revista Portuguesa de Bioética, Cadernos de bioética, edição do centro de estudos de bioética, Gráfica Coimbra, Lda., ano XVI, n.º. 38, Setembro 2005.

COELHO, Rui, *et. al.*, - *Aspectos éticos da saúde mental* (parte II) – Revista Portuguesa de Bioética, Cadernos de bioética, edição do centro de estudos de bioética, Gráfica Coimbra, Lda., ano XVI, n.º. 39, Dezembro 2005.

DUARTE, Alberto C. M. – *Consentimento Informado na situação de menores de idade* - Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º. 29, 2008. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/43_ROE29.pdf. (4-11-2008, 9.18h).

LAMPREIA, Nuno – *Das incompetências e inabilidades para decidir* - Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º. 29, 2008. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/43_ROE29.pdf. (4-11-2008, 9.18h).

MATOS, Salomé - *Recusa do cliente* - Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º. 29, 2008. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/43_ROE29.pdf. (4-11-2008, 9.18h).

MILHEIRO, Jaime – *Recomendação sobre a Protecção dos Direitos Humanos e da Dignidade das Pessoas com Perturbações Mentais* – Revista Portuguesa de Bioética suplemento n.º. 1, Gráfica Coimbra, Lda., 2007.

