

## O Fiel da Balança...

### Ensaio Temático: Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida

*Filipa Arrábida Vera*  
*Revisão: Lucília Nunes*

#### Resumo

Este artigo<sup>28</sup> tem como objectivo geral apresentar um Ensaio Temático sobre um assunto no âmbito da bioética. O tema abordado é a Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida. Este insere-se na área da saúde, nomeadamente ao nível da relação profissional de saúde – cliente e na forma de actuação de ambos. Relacionando-se com os seus direitos e deveres, com a legislação e documentos existentes e com os princípios da bioética, sobretudo no que respeita a autonomia e a beneficência.

#### Da bioética

A Bioética está intimamente relacionada com a ética, sendo que a palavra vem do grego *bios* (vida) e *ethos* (ética), que significa a ética da vida (BOCCATTO, 2007). Esta surge associada ao desenvolvimento de novas tecnologias nas mais variadas áreas que conduziram à emergência de crimes contra a humanidade, assim como a questões da responsabilidade e dos limites das acções (CASCAIS, [s.d.]), tendo como finalidade a promoção de uma vida saudável para o maior número de pessoas possível (LEPARGNEUR, 2007).

Van Potter em 1970 definiu a bioética como a ciência da sobrevivência humana e como uma “ponte”

<sup>28</sup> No âmbito da Unidade Curricular de Ética II, foi proposto aos estudantes do 8º Curso de Licenciatura em Enfermagem, quinto semestre, ano lectivo 2009/2010, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a realização de um trabalho individual para avaliação acerca de uma temática no contexto da disciplina. Aos estudantes foi dada a oportunidade de optarem sobre o tipo de trabalho que gostariam de elaborar. Desse modo, o trabalho poderia tratar-se de um Ensaio Temático ou de uma Recensão Crítica. Optámos pela realização do Ensaio Temático, tendo como tema principal a Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida.

que permitia o estabelecimento de uma relação entre a ciência e a humanidade, conduzindo e garantindo o futuro. Anos mais tarde, Potter refere-se à bioética como sendo global, visto o seu carácter abrangente e interdisciplinar (GOLDIM, 2006). Outros autores como Hellegers, apontam como principal preocupação da bioética os temas das áreas da saúde, nomeadamente os dilemas entre os profissionais de saúde e os clientes. Volnei Garrafa divide ainda os dilemas bioéticos em situações persistentes e emergentes (BOCCATTO, 2007).

Clotet ao analisar a bioética actual, descreve-a como o “estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde” (cit. por CLOTET, 1993 *in* BOEMER; SAMPAIO, 1997). Pessini e Barchifontaine (1994) descrevem-na como englobando temas desde o início da vida até ao fim da mesma (BOEMER; SAMPAIO, 1997), referindo ainda os princípios fundamentais que a constituem, nomeadamente a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência (KOVÁCS, 2003). Mais tarde acrescentou-se ainda o princípio da vulnerabilidade (SERRÃO, [s.d.]).

#### Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida

A Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida consiste na recusa e no pedido, por parte do cliente, de suspensão de tratamentos e de meios artificiais de manutenção de vida, de forma livre e após estarem esclarecidas todas as dúvidas e consequências que podem advir de tal pedido (NUNES; AMARAL; GONÇALVES, 2005).

Muitas vezes este assunto é confundido com a eutanásia e como tal é importante esclarecer o seu conceito. A eutanásia consiste na morte intencional realizada através da intervenção de um profissional de saúde e mediante um pedido de morte por parte da pessoa (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2008).

A principal diferença entre recusa de tratamento e eutanásia, prende-se com o facto de nesta última existir um pedido explícito e consistente de morte, enquanto

que na recusa de tratamento, a pessoa rejeita uma determinada intervenção terapêutica, da qual pode resultar a morte, mas esta não era a sua finalidade/objectivo, sendo que não houve nenhum pedido directo para tal (NUNES; AMARAL; GONÇALVES, 2005).

Do mesmo modo, a recusa de tratamento difere do suicídio assistido, visto que neste existe uma vontade de morrer contrariamente ao que ocorre nas situações de recusa de tratamento, sendo que os profissionais de saúde teriam como acção disponibilizar os meios para que a pessoa possa cumprir o seu desejo de pôr termo à vida, isto nas situações de suicídio assistido (NUNES; AMARAL; GONÇALVES, 2005).

A recusa de tratamento por parte do cliente pode ter consequências moderadas para a sua saúde, sendo estas as situações de recusa mais frequentes. Estes casos são por exemplo, a recusa de tomar uma determinada terapêutica em detrimento de outra homeopática, esta acção comporta riscos que são equacionados pela pessoa após lhe terem sido explicados. O médico pode não concordar com a decisão da pessoa, mas visto esta a ter tomado de forma consciente e esclarecida, para além de argumentar e explicar as consequências, não há muito mais a fazer, tendo que aceitá-la (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998).

Por outro lado, a recusa de tratamento pode ter consequências mortais para a pessoa. Estas situações não são tão frequentes, quanto as anteriormente mencionadas, contudo trata-se de uma situação bastante complexa e difícil para os implicados, nomeadamente a pessoa, a sua família e os profissionais de saúde. Nestas situações é fundamental recorrer-se à legislação existente em cada país. Um exemplo bastante comum destes casos, prende-se com a recusa de transfusões sanguíneas por parte de indivíduos Testemunhas de Jeová. Este recusa esta intervenção, mesmo sabendo que lhe pode custar a

vida, com base nas suas crenças religiosas (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998).

Existem ainda situações em que a recusa de tratamento tem consequências pesadas, nomeadamente quando a pessoa se encontra em processo curativo ou paliativo, isto é, em situações cuja intervenção terapêutica poderia conduzir a importantes melhorias da saúde e da qualidade de vida, sendo que a recusa pode conduzir à morte. Nestas situações a pessoa pode considerar o tratamento como inútil, impotente e como obstinação terapêutica por parte do médico. Já este último pode não compreender a decisão da pessoa visto acreditar que a poderia ajudar (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998).

Importa referir que as situações de recusa de tratamento dependem de vários factores, tais como: a doença, a progressão da mesma, da capacidade do doente para tomar este tipo de decisão, das consequências da recusa, da forma e atitude com que os profissionais de saúde lidam com a situação, entre outros (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998). A recusa de tratamento livre e esclarecida implica consequências, não só para o próprio mas também para a sua família, pessoas significativas e sociedade. Alguns exemplos de recusa de tratamento estão associados à cultura e religião, como é o caso das testemunhas de Jeová e da não realização de cesarianas, outros estão relacionados com intervenções invasivas, como a traqueotomia e a quimioterapia, existe ainda a recusa alimentar, por exemplo em casos de anorexia, etc (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006).

#### Aspectos a Considerar

Ao longo dos anos tem ocorrido um enorme progresso e evolução no que respeita aos avanços tecnológicos nomeadamente na área da saúde. Estes avanços permitiram o desenvolvimento de inúmeras técnicas e terapêuticas com objectivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas (CENTRO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA, 1998). Contudo, também eles são a causa do aparecimento de inúmeros problemas e questões no âmbito da bioética, isto porque

cada pessoa tem a sua própria opinião e visão acerca dos mesmos. Tais aspectos também se evidenciam no contexto da Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida.

O principal problema ético acerca da Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida prende-se com o respeito por parte dos profissionais de saúde da decisão da pessoa, isto porque para os primeiros esta escolha não abona a favor da saúde e do bem-estar do cliente. Assim, entram em conflito os princípios bioéticos, sobretudo o princípio de autonomia por parte da pessoa e o princípio da beneficência por parte do profissional de saúde.

O **princípio da beneficência** aplicado à área da saúde e à questão que está a ser tratada, refere-se à obrigação moral dos profissionais de agirem em benefício do outro, sendo esta a sua principal finalidade (SOARES, 2006). Este princípio pressupõe os seguintes deveres: prevenir e suprimir o mal e o sofrimento e fazer e promover o bem (MONTEIRO, 2009).

Por outro lado, o **princípio do respeito pela autonomia** é actualmente considerado como um pilar crucial para o desenvolvimento da relação entre a pessoa e o profissional de saúde, tendo a mesma o direito de decidir e participar activamente na sua saúde. Este princípio pressupõe então que a recusa seja um acto voluntário, isto é, a pessoa não deve ser sujeita a qualquer tipo de coacção durante o processo de tomada de decisão, devendo ainda ser exercido mediante um esclarecimento prévio por parte dos profissionais de saúde. Ou seja, implica que estes forneçam informações pertinentes e actuais que vão de encontro às dúvidas e anseios dos clientes. Os profissionais devem ainda assegurar-se que as pessoas compreenderem o que lhe foi transmitido, devendo para tal fazer uso das capacidades e técnicas de comunicação. Por fim, outro aspecto fundamental e que auxilia as pessoas no uso do seu direito de autonomia, passa pelo suporte jurídico, nomeadamente o consentimento informado, as declarações antecipadas de vontade, a legislação existente para as situações de menores e de pessoas incapacitadas, entre outros (MONTEIRO, 2009).

O **conflito** entre o princípio da beneficência e da autonomia ocorre pois se por um lado, o profissional tem o dever de respeitar a liberdade de escolha da pessoa, também deve respeitar as suas normas e condutas que se orientam para a acção em benefício do outro. Para além disso, o profissional encontra-se ainda rodeado por um conjunto de conhecimentos e de técnicas que visam ajudar as pessoas a recuperar, manter e melhorar a sua saúde, mas não são só os meios disponíveis e a opinião dos profissionais que orientam a sua acção no sentido de realizar um certo tratamento, é também toda a sociedade que tem dificuldade em aceitar as decisões sobretudo quando as consequências destas podem ser graves e até mortais (SOARES, 2006; BOEMER; SAMPAIO, 1997).

Por outro lado, a pessoa tem direito a escolher de entre as várias opções, aquela que mais se adequa à situação, devendo no entanto, respeitar a autonomia dos outros, nomeadamente a dos profissionais de saúde (SOARES, 2006). Estas escolhas tomadas pelos doentes, baseiam-se num vasto conjunto de razões, que de uma forma geral estão relacionados com determinados conceitos de qualidade de vida e da visão que se tem do processo de morte e de morrer com dignidade. São estes aspectos que muitas vezes não são compreendidos pelos outros.

Posto isto, a ideia de qualidade de vida supõe que se tenha em atenção as várias dimensões da pessoa: biológica, psicológica, social, familiar, económica, etc. Este conceito vai muitas vezes contra a noção do carácter sagrado da vida, sendo este entendido como um valor absoluto que deve ser sempre protegido. Contudo, segundo Keyserlingk, estas duas dimensões não são opostas, devem até ser vistas como complementares, dado que a defesa da vida humana só pode ocorrer com a preocupação com a qualidade de vida (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998). Assim, e à luz do tema que estou a tratar, pode-se entender que a insistência num determinado tratamento em certas situações pode constituir um desrespeito pela vida humana, sendo a recusa com vista à qualidade de vida, um acto de respeito e protecção da mesma. Do mesmo

modo, cada pessoa tem a sua própria noção da morte e da forma como este processo deve ocorrer, sendo que muitos defendem que se deve procurar encontrar soluções e opções que permitam morrer com dignidade, constituindo a recusa de tratamento uma forma de proteger e assegurar a dignidade durante a vida e também durante a morte.

Segundo Diego Guillen a solução para resolver este conflito entre o princípio da beneficência e o da autonomia, passa pela hierarquização dos mesmos, contudo os dois princípios em causa estão ao mesmo nível. A hierarquização acaba por não funcionar neste caso (MONTEIRO, 2009).

Torna-se então necessário analisar esta situação com base em documentos existentes.

Assim, a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000) refere no artigo 3.º que o “Direito à integridade do ser humano” deve ser respeitado no domínio da medicina.

Da mesma forma, a Constituição da República Portuguesa, de 1976, nos artigos 1.º, 25.º, 26.º, 27.º e 41.º, reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, os seus direitos à integridade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade e à liberdade.

Por seu turno, a Lei n.º 48/90 - Lei de Bases da Saúde, reconhece ainda na Base XIV, os direitos das pessoas a serem informados sobre a sua situação, as alternativas de tratamento e as prováveis consequências do seu estado e a decidirem receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2008).

Por fim, importa ainda referir a declaração universal sobre bioética e direitos humanos adoptada pela Comissão Nacional da UNESCO em Portugal, em segundo o artigo 5º a “autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas

incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.” (cit. por ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 2005).

Para além dos aspectos referidos anteriormente, existem ainda documentos como o consentimento informado e as directivas antecipadas de vontade que constituem instrumentos facilitadores nas situações de dilema ético. No entanto por vezes também eles levantam interrogações éticas.

O consentimento informado livre e esclarecido pode ser definido como “um acto de decisão voluntária realizado por uma pessoa autónoma, após um processo no qual lhe foi concedida informação por ela compreendida, no sentido de aceitar ou recusar um tratamento proposto, conhecendo a natureza do mesmo, as suas consequências e os seus riscos” (cit. por CONSELHO DA EUROPA, 1997 *in* CUNHA, 2004). A recusa é então a outra face do consentimento, sendo que tal como este deve ocorrer de forma livre e esclarecida, devendo a pessoa compreender as consequências e riscos que podem advir da mesma (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2009).

As directivas antecipadas de vontade são “instruções que uma pessoa dá antecipadamente, relativas aos tratamentos que deseja ou (mais frequentemente) que recusa receber no fim da vida, para o caso de se tornar incapaz de exprimir as suas vontades ou de tomar decisões por e para si própria” (cit. por YVON KENIS, 2003 *in* ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006). Posto isto, torna-se impossível não abordar as directivas antecipadas de vontade quando tratamos a recusa de tratamento, visto estas servirem como um meio de protecção do direito à autodeterminação individual. As directivas assumem sobretudo duas formas: a de testamento de paciente e a de nomeação de procurador de cuidados de saúde (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006).

O testamento, também conhecido como testamento vital, é um documento onde a pessoa declara a sua vontade relativamente aos cuidados de saúde que pretende ou não receber, caso perca a

capacidade de se exprimir ou de tomar uma decisão. Por seu turno, a nomeação de um procurador de saúde consiste num documento onde atribui determinados poderes a outro indivíduo, que fica então responsável por tomar decisões acerca da sua saúde, quando a pessoa deixar de se encontrar capaz de o fazer por si própria (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006).

Mas apesar da existência de toda esta panóplia de documentos, de meios, de legislação, etc, as situações de recusa de tratamento nunca são lineares, levantando sempre dúvidas e conflitos, sobretudo entre a pessoa que recusa e os profissionais de saúde. Por exemplo, as directivas antecipadas de vontade são questionadas quanto à sua validade, visto serem elaboradas numa altura em que a pessoa se encontra capaz e só vir a ter utilidade tempos mais tarde quando esta já se encontra incapacitada, referem ainda que entretanto a vontade da pessoa pode ter-se modificado, entre outros aspectos (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006).

A recusa de tratamento livre e esclarecida conduz ainda a problemas éticos consoante se trate de um adulto capaz, de um incapaz, ou de um menor.

Caso se trate de um adulto capaz no sentido jurídico, a recusa deve ter sido feita de modo esclarecido, isto é, os profissionais devem ter explicado os benefícios do tratamento e as consequências da sua recusa, esclarecendo quaisquer dúvidas existentes. Nestas situações, a recusa deve ser livre, sem ser objecto de coacção, primando o direito de autodeterminação e autonomia da pessoa (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998). Por outro lado, no caso de um adulto incapaz ou de um menor, a recusa parte de uma outra pessoa. Tal facto é evidenciado na Lei de Bases da Saúde, na base XIV que afirma que “3- Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem a assistência, com observância dos princípios constitucionalmente definidos.” (cit. por LEI DE BASES DA SAÚDE *in* MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2005). Nestas situações os principais dilemas éticos estão em saber até que ponto a outra pessoa está a tomar a decisão mais acertada, e de encontro aos interesses do doente (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998).

O papel dos profissionais de saúde no âmbito da recusa livre e esclarecida é fundamental. Os enfermeiros em especial são um dos grupos profissionais que contactam mais de perto com a pessoa e a sua família, estabelecendo relações terapêuticas de grande confiança e proximidade, como tal as situações de recusa de tratamento são muito difíceis e emotivas para ambas as partes. Contudo, enquanto profissionais de saúde existe o dever de respeitar a decisão da pessoa, desde que esta seja tomada de forma livre e esclarecida, fazendo a pessoa uso do seu direito à autodeterminação e autonomia.

Torna-se então fundamental acompanhar a pessoa durante todo o processo, clarificando e explicando a sua condição, a importância do tratamento e as consequências da sua recusa, ou seja, informando. Mas importa também questionar acerca dos motivos que levam a essa recusa, e juntamente com a pessoa negociar e procurar alternativas que promovam a sua saúde e que não contrariem os seus valores e a sua decisão. Dessa forma ambas as partes cumprem os seus deveres e conseguem usufruir dos seus direitos, sendo que para além disso a pessoa tem um papel activo na sua saúde, promovendo-se assim o *empowerment* (VIEIRA, 2003).

## Conclusão

Em síntese a Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida consiste na decisão e escolha que a pessoa toma após estar devidamente informada acerca do seu estado de saúde e das possíveis consequências da sua recusa. Trata-se do direito de cada indivíduo em ter um papel activo na escolha do rumo a seguir no que concerne à sua saúde, fazendo desse modo uso da sua autonomia e autodeterminação. Aliás existem inúmeros documentos e meios, como as directivas antecipadas de vontade, que atestam estes mesmos direitos promovendo e protegendo a vontade das pessoas.

Este tema que à partida parece tão linear, complica-se quando a recusa vai contra aquilo que os profissionais de saúde consideram o *correcto* e o seu dever de modo a assegurar o bem-estar no âmbito da saúde. Nestas situações, os princípios bioéticos entram em confronto, nomeadamente a autonomia da pessoa e a beneficência por parte do profissional. São casos que envolvem uma enorme carga emocional, sobretudo nas situações em que da recusa advêm pesadas consequências.

No entanto, a vontade da pessoa tem de ser respeitada, sendo que aos profissionais de saúde cabe o dever de respeitar e informar para que a decisão que seja tomada possa ser esclarecida e livre de julgamentos e pressões.

#### Referências Bibliográficas

- BOCCATTO, M. – A Importância da Bioética. *Genética na Escola*. ISSN 1980-3540. Vol.2, nº2. (2007). 11-14.
- BOEMER, M; SAMPAIO, M. – O Exercício da Enfermagem em sua Dimensão Bioética. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*. ISSN 0101-1169. Vol.5, nº2. (1997). 33-38.
- CENTRO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA. – *Bem da Pessoa e Bem Comum: um desafio à Bioética*. 1ª Edição. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1998. ISBN 972-603-185-0.
- GOLDIM, J. – Bioética: Origens e Complexidade. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. ISSN 1983-5485. Vol.26, nº2. (2006). 86-92.
- HOTTOIS, G.; PARIZEAU, M. – *Dicionário da Bioética*. 1ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget, 1998. ISBN 972-840-772-6.
- KOVÁCS, M. – Bioética nas Questões da Vida e da Morte. *Revista Psicologia da Universidade de São Paulo*. ISSN 1678-5177. Vol.14, nº2. (2003). 115-167.
- LEPARGNEUR, H. – Que Finalidade Unifica a Bioética. *Revista BIOETHIKOS*. ISSN 1981-8254. Vol.1, nº1. (2007). 113-117.
- MONTEIRO, F. – Princípio de autonomia: Direito a dispormos de nós próprios até ao limite? A propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. ISSN 0873-2159. Vol.15, nº3. (2009). 529-536.
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.
- VIEIRA, T. – Aspectos Éticos e Jurídicos da Recusa do Paciente Testemunha de Jeová em Receber Transfusão de Sangue. *Revista de Ciências Jurídicas e Sociais da Unipar*. ISSN 1516-1579. Vol.6, nº2. (2003). 221-234.

#### Referências Electrónicas

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA. *PARECER N.º P/05/APB/06 SOBRE DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE*.  
[http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1148471346directivas\\_medicas.pdf](http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1148471346directivas_medicas.pdf). 20-12-2009. 19:22h.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA. *PARECER N.º P/13/APB/08 – PROPOSTA DE UM REFERENDO NACIONAL SOBRE A PRÁTICA DA EUTANÁSIA*.  
[http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1223980181p\\_13\\_apb\\_08\\_eutanasi\\_a.pdf](http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1223980181p_13_apb_08_eutanasi_a.pdf). 19-12-2009. 18:47h.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA. *PROJECTO DE DIPLOMA N.º P/06/APB/06 QUE REGULA O EXERCÍCIO DO DIREITO A FORMULAR DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E CRIA O CORRESPONDENTE REGISTO NACIONAL*.  
[http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1200319873p\\_06\\_apb\\_06\\_testamento\\_vital.pdf](http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1200319873p_06_apb_06_testamento_vital.pdf). 23-12-2009. 22:37h.
- CASCAIS, A. *Dicionário de Filosofia, Moral e Política – Bioética*.  
<http://www.ifl.pt/main/Portals/0/dic/bioetica.pdf>. 19-12-2009. 18:55h.
- CUNHA, J. *A Autonomia e a Tomada de Decisão no Fim de Vida*.  
[http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/3/5506\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/3/5506_TM_01_P.pdf). 21-12-2009. 14:57h.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. *Consentimento Informado – Relatório Final*.  
<http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Estudo-CI.pdf>. 24-12-2009. 14:55h.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Lei de Bases da Saúde*.  
<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>. 26-12-2009. 16:14h.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. 22-12-2009. 21:14h.
- SERRÃO, D. *Vulnerabilidade: uma proposta ética*.  
<http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=124>. 22-01-2010. 20:00h.
- SOARES, A. *Bioética no Plural*.  
<http://www.aquinate.net/revista/edicao%20atual/Estudos/Estudos-2-edicao/estudo-andre-marcelo.pdf>. 24-11-2009. 14:21h.