
Princípios e modelos de decisão ética em psiquiatria de ligação e consultoria

Principles and ethical decision models in liaison and consulting psychiatry

Principios y modelos de decisión ética en la psiquiatría de enlace y de consulta

Diogo Mota-da-Silva



[ORCID](#) - [Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Portugal](#)

Ana Estalagem - [ORCID](#) - [Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Portugal](#)

Hugo Bastos - [ORCID](#) - [Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Portugal](#)

RESUMO:

Na prática clínica quotidiana, a Psiquiatria de Ligação e Consultoria (PLC) é frequentemente chamada a participar no esclarecimento e resolução de situações com implicações clínicas e éticas desafiantes. No entanto, a formação dos profissionais dedicados a esta subespecialidade não pressupõe um treino diferenciado em Ética Clínica comparativamente com os restantes médicos. Neste artigo pretende-se explorar os diversos princípios e modelos de decisão ética subjacentes à atividade em PLC. Foi conduzida uma revisão narrativa da literatura relevante disponível nas plataformas [PubMed](#) e [Google Acadêmico](#), utilizando as palavras-chave "ethics", "consultation-liaison psychiatry", "psychosomatic medicine" e "end of life care", completada com a exploração das referências consideradas relevantes noutras fontes. Apresentam-se cinco modelos de tomada de decisão perante dilemas éticos, partindo de um ponto de vista histórico. Os princípios éticos envolvidos na prática clínica encontram-se frequentemente em confronto, pelo que há necessidade de modelos que sistematizem a análise dos dilemas éticos e simplifiquem a sua resolução. A abordagem estruturada da Ética durante o período formativo do psiquiatra pode fornecer o conhecimento e proficiência na aplicação dos

princípios éticos e modelos de tomada de decisão, fundamentais para uma prática imparcial e eficaz.

Palavras chave: psiquiatria de ligação, medicina psicossomática, ética

ABSTRACT:

In everyday clinical practice, Liaison and Consultancy Psychiatry (PLC) is often called upon to participate in the clarification and resolution of situations with challenging clinical and ethical implications. However, the training of professionals dedicated to this subspecialty does not imply a differentiated training in Clinical Ethics compared to other physicians. This article intends to explore the various principles and models of ethical decision underlying the activity in PLC. A narrative review of the relevant literature available on the [PubMed](#) and [Google Scholar](#) platforms was conducted, using the keywords "ethics", "consultation-liaison psychiatry", "psychosomatic medicine" and "end of life care", completed with the exploration of the references considered relevant from other sources. Five models of decision-making in the face of ethical dilemmas are presented, starting from a historical point of view. The ethical principles involved in clinical practice are often in conflict, which is why there is a need for models that systematize the analysis of ethical dilemmas and simplify their resolution. The structured approach to Ethics during the psychiatrist's formative period can provide knowledge and proficiency in the application of ethical principles and decision-making models, fundamental for an impartial and effective practice.

Keywords: liaison psychiatry, psychosomatic medicine, ethics

RESUMEN:

En la práctica clínica diaria, la psiquiatría de enlace y consultoría (PLC) a menudo es llamada a participar en la clarificación y resolución de situaciones con implicaciones clínicas y éticas desafiantes. Sin embargo, la formación de los profesionales dedicados a esta subespecialidad no implica una formación diferenciada en Ética Clínica frente a otros médicos. Este artículo pretende explorar los diversos principios y modelos de decisión ética que subyacen a la actividad en PLC. Se realizó una revisión narrativa de la literatura relevante disponible en las plataformas [PubMed](#) y [Google Scholar](#), utilizando las palabras clave "ética", "psiquiatría de enlace de consulta", "medicina psicossomática" y "cuidados al final de la vida",

completada con la exploración de las referencias consideradas relevante de otras fuentes. Se presentan cinco modelos de toma de decisiones ante dilemas éticos, partiendo de un punto de vista histórico. Los principios éticos involucrados en la práctica clínica a menudo están en conflicto, por lo que existe la necesidad de modelos que sistematicen el análisis de los dilemas éticos y simplifiquen su resolución. El abordaje estructurado de la Ética durante el período de formación del psiquiatra puede proporcionar conocimiento y competencia en la aplicación de principios éticos y modelos de toma de decisiones, fundamentales para una práctica imparcial y eficaz.

Palabras clave: psiquiatria de enlace, medicina psicosomática, ética

Como citar: Mota-da-Silva D, Estalagem A, Bastos H. Princípios e modelos de decisão ética em psiquiatria de ligação e consultoria. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2023;13:1-15. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.423>

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 22/11/2022

Aprovado em: 12/04/2023

Publicado em: 13/05/2023

Introdução

Embora a formação médica pré e pós-graduada inclua algum treino na tomada de decisões difíceis, este realiza-se habitualmente de forma empírica e pouco estruturada. É notório que a evolução da prática médica no século XX, progressivamente mais tecnológica e desumanizada, foi menosprezando o pensamento acerca das questões éticas. Nesse sentido, foi-se instalando uma cultura médica pouco interessada na análise subjetiva e humanista, e, conseqüentemente, durante muito tempo foi dado relevo insuficiente à formação em ética dos futuros médicos. Paralelamente à expansão do conhecimento médico, desenvolveram-se currículos formativos cada vez mais extensos, o que implicou uma necessidade crescente de os médicos em formação centrarem a sua aprendizagem em conhecimentos factuais e objetivos [1]. A par disto, a crescente litigiosidade e monetarização da prática clínica promovem o exercício de uma medicina defensiva, assente em dados mensuráveis [2].

3 Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2023;13:1-15
<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.423>



Vários estudos realizados junto da população médica revelam que estes profissionais se sentem mal preparados para tomar decisões perante dilemas éticos. Identificam, particularmente, dificuldade em tomar decisões que consideram ser subjetivas, destacando a falta de uma metodologia que permita abordar os vários dilemas de forma racional e sistemática. É de assinalar também o receio sentido por este grupo de profissionais relativamente a possíveis consequências jurídicas que possam advir da tomada de decisões desta índole [3].

Partindo da identificação destas dificuldades, este trabalho pretende rever e explorar os diversos princípios e modelos de decisão ética subjacentes à atividade em Psiquiatria de Ligação e Consultoria (PLC), discutir alguns dos dilemas éticos presentes na prática desta subespecialidade, e propor a inclusão do seu estudo nos programas formativos em Psiquiatria.

Métodos

Foi conduzida uma revisão narrativa da literatura relevante disponível nas plataformas [PubMed](#) e [Google Scholar](#), utilizando as palavras-chave "ethics", "consultation-liaison psychiatry", "psychosomatic medicine" e "end of life care". De acordo com os métodos acima descritos, o processo de revisão bibliográfica foi iniciado de forma independente por cada um dos autores, sendo que após comparação das referências selecionadas e eliminação das repetições, foram incluídos 26 artigos originais e de revisão e 1 livro, publicados entre 1979 e 2021. Através de pesquisa documental dirigida foram ainda incluídas outras fontes consideradas relevantes (3 documentos governamentais). Apresentam-se cinco modelos de tomada de decisão perante dilemas éticos, partindo de um ponto de vista histórico.

Resultados

a) Psiquiatria de ligação e consultoria e ética clínica

Desde o fim do século XX que, em Portugal e a nível global, a existência de Comissões de Ética para a Saúde nos centros hospitalares e universitários é de carácter obrigatório. Estes órgãos multidisciplinares, constituídos por profissionais de saúde, das ciências sociais,eticistas, juristas e teólogos, são chamados a intervir em questões éticas relativas aos cuidados assistenciais e à investigação científica, com vista à proteção da dignidade e integridade humana [4, 5]. Contudo, no quotidiano, é frequentemente solicitado aos psiquiatras dedicados à PLC que colaborem na resolução de questões éticas em contexto clínico. Embora se possa colocar a hipótese que, a priori, exista algum interesse dos médicos que decidem especializar-se em psiquiatria pelas áreas do conhecimento mais

4 Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2023;13:1-15

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.423>



relacionadas com questões sociológicas e filosóficas, é facto que a formação de um psiquiatra não prevê um treino em ética clínica mais diferenciado do que o das restantes especialidades médicas [6, 7].

Marguerite Lederberg, uma importante autora nesta área, dedicada à Psiconcologia, classifica os motivos de observação em PLC em pseudo-psiquiátricos, pseudo-éticos e ético-psiquiátricos, denotando a frequente interligação das apresentações clínicas que concernem ao psiquiatra com as questões éticas subjacentes aos cuidados de saúde do doente em questão. Neste sentido, propõe uma metodologia que almeja destrinçar as diferentes problemáticas clínicas e éticas envolvidas e formular e implementar uma hierarquia de intervenções aceitável por psiquiatras e eticistas, privilegiando uma comunicação eficaz entre os diversos intervenientes e referenciando os casos complexos para avaliação pela comissão de ética. Neste paradigma, a formação em ética deseja-se contínua e orientada primordialmente para situações da prática clínica, promovendo a discussão interativa de casos atuais entre estudantes e médicos, alicerçada no conhecimento dos modelos de raciocínio em ética e das leis e jurisprudência aplicáveis [8, 9].

b) Questões e desafios éticos

As questões éticas colocam-se frequentemente na prática de PLC em hospitais gerais. É comum que seja solicitada a intervenção do psiquiatra alocado a esta área para formular um parecer clínico sobre situações eticamente complexas. Nestas incluem-se questões relacionadas com diretivas antecipadas de vontade, com o sigilo médico e com o dever de informar. É também frequente que o psiquiatra de PLC avalie a capacidade de decisão de doentes e, conseqüentemente, a sua competência para prestar consentimentos informados e para aceitar ou recusar intervenções terapêuticas [10, 11].

A análise da prestação de um consentimento informado implica necessariamente que se avaliem três componentes: o processo de partilha de informação, a capacidade de tomada de decisão e a capacidade de autodeterminação. Para que se possa realizar um consentimento informado é necessário avaliar se existe um processo de comunicação eficaz para que toda a informação essencial seja claramente expressa, nomeadamente no que diz respeito às características da patologia, à recomendação ou não de intervenção e aos riscos e benefícios que lhe estão associados. Deve também ser permitido o diálogo, permitindo

esclarecer as dúvidas e reforçar a compreensão do doente sobre a intervenção.

A capacidade de tomada de decisão assenta em quatro competências independentes que podem manter distintos graus de integridade. A primeira é a capacidade de o doente se expressar de qualquer forma inteligível. Seguidamente, a capacidade de compreender o que lhe é transmitido e de raciocinar, balanceando os riscos e os benefícios do processo. Por último, considera-se a capacidade de decidir de acordo com a história e valores pessoais. A autodeterminação consiste na capacidade para possuir e expressar uma preferência autêntica e livre, algo que pode ser influenciado por circunstâncias internas e externas ao indivíduo e, como tal, restringir a sua liberdade [12, 13].

c) Princípios éticos

Ainda que o progresso da medicina crie novas questões éticas, enquanto resolve outras, os princípios éticos fundamentais que regem a prática médica têm-se mantido estáveis ao longo do tempo. Os princípios de beneficência e de não maleficência esboçaram-se inicialmente na teoria de Hipócrates ("o médico deve ter dois objetivos, fazer o bem e evitar fazer o mal").

Em 1974, face à identificação de um estudo polémico com investigação em humanos, instaurou-se, nos Estados Unidos da América, a [National Commission for the Protection of the Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research](#). Esta comissão apresentou, em 1978, aquele que passaria a ser considerado o primeiro documento em que se teorizou a ética médica. No [Relatório Belmont](#) defendiam-se, como princípios biomédicos básicos, a autonomia, a beneficência e a justiça, assentando em princípios clássicos tanto deontológicos como consequencialistas [14]. No ano seguinte, Thomas Beauchamp e James Childress adotaram estes valores como modelo, em que incluíram os princípios de não maleficência, beneficência, autonomia e justiça [15]. A prática clínica deve ainda ser regida por valores de transparência, verdade, lealdade, competência, responsabilidade, profissionalismo, eficiência, isenção, imparcialidade, entre outros.

d) Modelos de decisão ética

A resolução de dilemas éticos torna-se difícil uma vez que, por definição, um dilema não tem uma resposta certa clara. Na clínica, é comum não ser possível assegurar que a decisão tomada é imparcialmente correta. No

entanto, aquilo que se pretende é que sejam consideradas todas as opções de forma sistemática para tomar uma decisão, uma vez que um conflito ético perpetuado pode gerar sentimentos de ansiedade ou respostas desadaptativas por parte do doente, da sua família ou dos profissionais de saúde. Para tal, foram criados vários modelos para tomada de decisão perante este tipo de situações [16, 17].

Beauchamp e Childress, como referido previamente, apresentaram, em 1979, o modelo do princípalismo, que assentava na aplicação dos princípios de não maleficência, beneficência, autonomia e justiça. Os autores preconizam que ao explicitar e aplicar estes princípios ao problema ético considerado e, posteriormente, observando quais deles não são cumpridos, se obtém uma resposta clara [15].

Em 1987, Edward Hundert publicou um artigo em que conceptualizou um modelo que, partindo dos quatro princípios enunciados por Beauchamp e Childress, respondia aos dilemas éticos tendo em conta o peso relativo na tomada de decisão de cada um destes princípios. Explicitou assim que, ao aplicar os princípios fundamentais perante dilemas éticos consecutivos, o clínico pondera gradualmente sobre quais são os valores e princípios a que dá primazia, calibrando assim sua forma de ação (a que chamou de "experiência moral") para situações subseqüentes. Desta forma, acrescenta também que se reduz o processo de contratransferência [18].

Robert M. Veach defendeu, também na década de 1980, uma abordagem hierárquica às questões éticas constituída por quatro níveis de pensamento. Em primeiro lugar, o filósofo menciona que se deve refletir sobre o caso clínico, acrescentando que, partindo da intuição clínica, muitas situações são resolvidas neste ponto. Se tal não for possível, passa-se então a um segundo nível, em que se consideram quais são as regras existentes, tanto do ponto de vista jurídico, como seguindo normas hospitalares ou diretrizes clínicas orientadoras. Poderá em seguida passar-se ao domínio da ética normativa, aplicando-se os princípios fundamentais com vista aos resultados a obter (aplicando-se os princípios de beneficência e não maleficência) ou com vista ao cumprimento de um dever auto percebido (por exemplo, manter uma promessa, respeitar a autonomia ou dizer a verdade). Estas abordagens frequentemente colidem, pelo que posteriormente se poderá passar a um quarto nível de intervenção, que consiste na discussão metaética, procurando-se a fonte desse conflito [19].

O médico americano Mark Siegler desenvolveu também uma hierarquia de intervenção no método dos quatro pontos, mais pragmático e prático. Propõe inicialmente que se estruture o caso clínico (diagnóstico, prognóstico, indicações terapêuticas, estratégias e limitações). No ponto seguinte são tidas em conta as preferências do doente, se este tiver capacidade de as expressar informadamente. Reforça que estas são primordiais, mas temporalmente subsequentes, ao ponto inicial. Se esta análise for insuficiente, num terceiro momento devem ser ponderadas questões relacionadas com qualidade de vida ou, num quarto momento, outras questões externas ao doente que possam ser relevantes para o caso em análise (alocação de recursos, por exemplo) [20].

Em 1996, Marguerite Lederberg propõe uma avaliação e intervenção sistematizada dos conflitos éticos em PLC através do método do diagnóstico situacional. Este constructo pretende analisar, para cada caso, os componentes pessoal e familiar do utente (sintomas psicológicos ou psiquiátricos envolvidos, dinâmica familiar, expectativas em relação ao caso em questão), o componente da equipa de saúde (discórdias, conflitos, expectativas na gestão do caso) e da relação entre os clínicos e o utente e família (confiança, comunicação, colaboração), o componente regulamentar e legal aplicável, e finalmente o componente do dilema ético em questão (sobreposição dos diversos valores envolvidos e respetivos fatores confundentes e agravantes, habitualmente decorrentes dos componentes abordados previamente) [8, 9, 21].

e) Ética clínica na formação médica

Na formação pré-graduada em medicina, é proposta uma abordagem inicial à disciplina da ética nos anos pré-clínicos, estabelecendo as bases do conhecimento dos principais dilemas e princípios inerentes à prática médica, completada com uma abordagem posterior nos anos clínicos, privilegiando a discussão de casos com clínicos experientes. Mais tarde, durante os programas de internato/residência e especialização em Psiquiatria, seria desejável incluir de forma rotineira a discussão de questões éticas nas sessões de supervisão e coterapia (consulta ombro-a-ombro) com os orientadores de formação, bem como promover congressos e encontros científicos que criem a oportunidade de atualização e reflexão e o contacto cometicistas e outros profissionais pertinentes a esta área do conhecimento [22].

Vários autores procuraram sistematizar as competências teóricas e práticas cuja aquisição seria considerada desejável durante o internato

médico. Ao nível dos conhecimentos, entre os mais importantes encontram-se elencados o raciocínio moral e conhecimento sobre teorias da ética, as principais questões bioéticas, os códigos profissionais, éticos e deontológicos, as leis sobre saúde, fim de vida, tomada de decisão, estatuto de maior acompanhado, consentimento informado e dever de confidencialidade. Ao nível prático, destaca-se a capacidade de identificação e análise da natureza da incerteza e do conflito ético, bem como a sua comunicação eficaz com os diferentes agentes envolvidos [23, 24].

Discussão

A evolução da psicossomática como subespecialidade da psiquiatria, especialmente a partir da década de 1970, progride da conceptualização patológica numa interação da dualidade corpo-mente para a necessidade de enfatizar os aspetos biopsicossociais da pessoa nas manifestações de morbilidade e sofrimento humano, cuja importância é crescente num contexto médico mais desumanizado.

Nesta linha, a PLC, herdeira da escola psicossomática, pretende aplicar este entendimento holístico para responder à perda de humanismo na prática clínica vigente. A disciplina da ética clínica, desenvolvida a partir da década seguinte, reflete sobre os princípios e pressupostos para a ação e investigação médica. Surge numa fase inicial com contributos de teólogos, filósofos e juristas, interessados nas problemáticas dos dilemas éticos associados às ciências da vida, carecendo, contudo, da sensibilidade clínica aportada pelos médicos e enfermeiros [25].

A PLC manteve-se afastada das questões éticas de forma mais evidente até ao final da década de 1990, uma vez que a psiquiatria era, até então, profundamente influenciada pela psicanálise, que rejeitava o contributo da filosofia. Posteriormente, a prática de psiquiatria foi-se aproximando do modelo médico, na expectativa de alcançar maior objetividade e de adquirir credibilidade, tanto perante as demais especialidades médicas como na sociedade em geral [25].

A evolução da medicina implica que se assista a uma alteração dos dilemas éticos que se apresentam na prática clínica. Nas décadas de 1980 e 1990, um dos principais temas que suscitou questões éticas em PLC foi o da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). À data, aqueles que apresentavam clinicamente Síndrome de Imunodeficiência Adquirida tinham um prognóstico desfavorável, uma vez que a doença era quase

uniformemente fatal, e uma proporção significativa viria a apresentar psicopatologia de etiologia orgânica. Durante vários anos, não eram claras as implicações neuropsiquiátricas da infecção por VIH, tanto a nível de etiologia como da sua potencial reversibilidade, o que suscitava questões éticas para o psiquiatra de PLC, muitas vezes consultado para formular uma opinião clínica sobre se deveriam ser mantidas medidas de suporte em doentes infetados e em estado crítico. Tendo em conta a sintomatologia neuropsiquiátrica, a prestação de consentimentos informados era também frequentemente limitada.

A par disto, e considerando o estigma associado a esta doença e respetivas questões da sexualidade, não existiam diretrizes sobre o dever de informar os parceiros ou a família dos doentes, o que frequentemente colocava o médico em conflito ético. Era problemático, como tal, o envolvimento de várias partes (utente, família, parceiro, médicos) para proporcionar aconselhamento em fim de vida [26]. Naturalmente, em várias outras áreas médicas e cirúrgicas estes dilemas encontram-se igualmente plasmados [27].

Por exemplo, é especialmente desafiante a avaliação da capacidade de decisão em doentes com alterações neurológicas ou psiquiátricas que possam referir, de novo, a existência de diretivas de vontade, motivações ideológicas ou religiosas que interfiram com o tratamento médico preconizado (mais frequentemente, o acesso a produtos de sangue ou hemoderivados).

Em alguns casos, a necessidade de iniciar tratamento médico urgente, ou *life-saving*, em situação de juízo crítico comprometido, pode resultar na imposição de medidas de tratamento involuntário ou mesmo coercivo, que impactam significativamente a autonomia da pessoa doente. Igualmente se destacam os conflitos prementes na seleção e seriação no acesso à transplantação de órgãos, nomeadamente por parte de doentes com historial de patologia aditiva ou de comportamentos auto lesivos.

No contexto da pandemia por coronavírus, o aconselhamento em fim de vida levantou também questões com implicações éticas. Em diversos locais, os recursos existentes em meio hospitalar demonstraram-se insuficientes e indisponíveis, particularmente para aqueles em que não se antevia melhoria clínica significativa. Ainda assim, e apesar das limitações relacionadas com o distanciamento social, seria importante fomentar a

discussão com o doente, com os seus familiares e cuidadores, de forma a chegar à decisão que permita maior qualidade de vida do doente [28, 29].

Recentemente, a apresentação de legislação que prevê a regulamentação da morte medicamente assistida em Portugal, implicando uma avaliação psiquiátrica da capacidade de decisão, reacendeu uma reflexão ética de acordo com os princípios elencados, que é transversal a outras geografias [30].

Ainda no contexto assistencial, em que diversos clínicos e profissionais de saúde estão diretamente envolvidos nos cuidados, as situações de conflito ético são especialmente propensas à existência de divergências de opinião e conduta entre as próprias equipas de saúde e a PLC. Neste ponto, importa criar um ambiente promotor da comunicação, auscultar as preocupações de todas as partes envolvidas e, naturalmente, dar primazia à vontade do doente [9].

A generalidade dos modelos de ponderação de dilemas éticos aponta a necessidade de se iniciar por uma abordagem clínica, e apenas perante várias dificuldades na resolução faseada do conflito ético, se partir para uma discussão de teor filosófico. Esta forma de atuação permite simplificar este tipo de questões, tornando a sua resolução mais acessível e eficaz [17].

Relativamente ao ensino da ética no currículo do internato/residência médica, na realidade portuguesa atual, estas competências vão sendo interiorizadas de uma forma empírica durante esse período, em graus variáveis, dependendo do interesse pessoal e da cultura do serviço em que o médico em formação se encontra inserido, não estando previsto de forma estruturada.

Conclusão

Com os progressivos avanços da medicina e da sociedade torna-se claro que se colocarão novas questões éticas sobre variadas situações. Neste paradigma, o psiquiatra de ligação e consultoria encontra-se numa situação de contacto privilegiado com as diversas especialidades médicas e cirúrgicas e os dilemas éticos que envolvem a sua prática. É manifesto, então, que a abordagem estruturada da Ética durante o seu período formativo permitirá encarar os diversos tipos de circunstâncias de forma consistente, idealmente baseando-se em modelos de tomada de decisão e promovendo a articulação com as comissões de ética responsáveis.

Referências

- 1. Leentjens AFG, Rundell JR, Diefenbacher A, Kathol R, Guthrie E. Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. [corrected] A consensus statement of the European Association of Consulta. Psychosomatics. 2011;52(1):19-25.
<https://doi.org/10.1016/j.psym.2010.11.022> - PMid:21300191
- 2. Wright M, Samuels A, Streimer J. Clinical practice issues in consultation-liaison psychiatry. Aust N Z J Psychiatry. 1996;30(2):238-245.
<https://doi.org/10.3109/00048679609076100> - PMid:8811267
- 3. Gillett G, Chamberlain J. The clinician's dilemma: two dimensions of ethical care. Int J Law Psychiatry. 2013;36(5-6):454-460.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.017> - PMid:23830641
- 4. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 97/1995 de 10 de maio de 1995. Regula as Comissões de Ética para a Saúde (CES), que funcionarão nas instituições e serviços de saúde públicos e unidades privadas de saúde. Incumbe as CES de zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humana, procedendo a análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvem questões de ética. Estabelece a composição, a constituição, as competências e o modo de funcionamento das CES. Diário da República n.º 108/1995, Série I-A.
<https://files.dre.pt/1s/1995/05/108a00/26452647.pdf>
- 5. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 80/2018 de 15 de outubro de 2018. Estabelece os princípios e regras aplicáveis às Comissões de Ética que funcionam nas instituições de saúde, nas instituições de ensino superior e em centros de investigação biomédica que desenvolvam investigação clínica. Diário da República n.º 198/2018, Série I, p. 4965-4970.
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880>

6. McCartney JR. Consultation-liaison psychiatry and the teaching of ethics. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8(6):411-414. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(86\)90021-6](https://doi.org/10.1016/0163-8343(86)90021-6) - PMID:3792830
7. Wise TN. Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(2):196-200. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f393ae> PMID:18332670
8. Lederberg MS. Making a situational diagnosis: psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation-liaison setting. *Psychosomatics*. 1997;38(4):327-338. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71440-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71440-3) - PMID:9217403
9. Lederberg MS. Disentangling ethical and psychological issues - A guide for oncologists. *Acta Oncol (Madr)*. 1999;38(6):771-779. <https://doi.org/10.1080/028418699432932> - PMID:10522768
10. Gonzales JJ, Randel L. Consultation-liaison psychiatry in the managed care arena. *Psychiatric Clinics of North America*. 1996;19(3):449-466. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70300-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70300-2) - PMID:8856811
11. Powell T. Consultation-liaison psychiatry and clinical ethics: Representative cases. *Psychosomatics*. 1997;38(4):321-326. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71439-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71439-7) - PMID:9217402
12. Allen N, Mishkin A. The incapacitated surrogate: what is the consultation-liaison psychiatrist's role? *Psychosomatics*. 2020;61(6):672-677. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.07.006> PMID:32921423
13. Yepes Delgado CE, Ocampo Montoya A. Ethics Committees and Mental Health. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018;47(2):129-136. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.011> - PMID:29754706
14. National Commission for the Protection of the Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research; 1978.

15. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 1979.
16. Hayes JR. Consultation-liaison psychiatry and clinical ethics: a model for consultation and teaching. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8(6):415-418. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(86\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0163-8343(86)90022-8) - PMID:3792831
17. Wright MT, Roberts LW. A basic decision-making approach to common ethical issues in consultation-liaison psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*. 2009;32(2):315-328. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.03.001> - PMID:19486816
18. Hundert EM. A model for ethical problem solving in medicine, with practical applications. *Am J Psychiatry*. 1987;144(7):839-846. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.7.839> - PMID:3605395
19. Veatch RM. Professional medical ethics: the grounding of its principles. *J Med Philos*. 1979;4(1):1-19. <https://doi.org/10.1093/jmp/4.1.1> - PMID:438683
20. Siegler M. Decision-making strategy for clinical-ethical problems in medicine. *Arch Intern Med*. 1982;142(12):2178-2179. <https://doi.org/10.1001/archinte.1982.00340250144021> PMID:7138163
21. Ignatius JJ, Baile W. How situational diagnosis helps disentangle ethical and psychological features of complex cases. *AMA J Ethics*. 2017;19(5):454-459. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.5.nlit1-1705> PMID:28553902
22. Bourgeois JA, Cohen MA, Geppert CMA. The role of psychosomatic-medicine psychiatrists in bioethics: a survey study of members of the academy of psychosomatic medicine. *Psychosomatics*. 2006;47(6):520-526. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.6.520> - PMID:17116955

23. Geppert CMA, Cohen MA. Consultation-liaison psychiatrists on bioethics committees: opportunities for academic leadership. *Acad Psychiatry*. 2006;30(5):416-421.
<https://doi.org/10.1176/appi.ap.30.5.416> - PMID:17021151
24. Preisman RC, Steinberg MD, Rummans TA, Youngner SJ, Leeman CP, Lederberg MS, Cohen MAA, Surman OS, Blum JA. An annotated bibliography for ethics training in consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics*. 1999;40(5):369-379.
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71201-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71201-6) - PMID:10479941
25. Youngner SJ. Consultation-liaison psychiatry and clinical ethics. Historical parallels and diversions. *Psychosomatics*. 1997;38(4):309-312. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71437-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71437-3)
PMid:9217400
26. Fernandez F, Holmes VF, Levy JK, Ruiz P. Consultation-liaison psychiatry and HIV-related disorders. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40(2):146-153. <https://doi.org/10.1176/ps.40.2.146>
PMid:2644161
27. Herschkopf MD. Ethical issues in consultation-liaison psychiatry. *Psychiatr Clin North Am*. 2021;44(4):591-601.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.08.008> - PMID:34763792
28. Moore KJ, Sampson EL, Kupeli N, Davies N. Supporting families in end-of-life care and bereavement in the COVID-19 era. *Int Psychogeriatr*. 2020;32(10):1245-1248.
<https://doi.org/10.1017/S1041610220000745> - PMID:32349850
PMCID:PMC7235296
29. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):1964-1972.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.1964> - PMID:12450941
30. Mohan I, Wendelborn K, Politis B. Ethical dilemma in consultation-liaison psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(3):291-292. <https://doi.org/10.1177/0004867413506499>
PMid:24065695