

# Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da the patient Self – Determination Act

Joaquim Clotet

Ph.D., Professor de Ética e Bioética nos Cursos de Pós-Graduação em Filosofia e Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS.

*O presente trabalho destaca que o enfermo ou o futuro paciente, ante a possibilidade de vir a ser um paciente terminal, tem o direito de manifestar antecipadamente sua vontade no que diz respeito ao tipo de tratamento por ele preferido. Trata-se do exercício do princípio da autonomia relativo aos últimos cuidados ou ao tratamento final. O artigo expõe e analisa o conteúdo da lei norte-americana "The Patient Self-Determination Act (PSDA)", vigente desde 1991. São examinadas as vantagens, desvantagens e possíveis usos questionáveis decorrentes da mesma lei.*

*UNITERMOS - Autonomia, paciente, paciente terminal, PSDA.*

## Introdução

Constata-se em boa parte dos hospitais brasileiros, além da quase generalizada escassez de recursos e serviços, o contraditório aumento do número de pacientes terminais submetidos a tratamentos de alta tecnologia. É possível falar em autonomia do paciente terminal? De que modo poderia ser ela exercida? O consentimento do paciente, ou de seus representantes legais, é sempre levado em conta nestas formas de tratamento? Sem pretender falar aqui no suicídio assistido ou na eutanásia de duplo efeito (1), há possibilidade de outras alternativas? Quais as experiências de outros países no que diz respeito à autonomia do paciente terminal?

Sabe-se que o ser humano vive o período inicial da sua vida em níveis precários de consciência. Por outro lado, a grande maioria das pessoas pode findar a própria existência em grau elevado de inconsciência.

Um aspecto irrenunciável da existência humana, e que a caracteriza como tal, é o conhecimento do próprio eu e o exercício das faculdades que lhe são próprias. A consideração do homem e da mulher como ser racional (2), sentimental (3), livre, autônomo, digno e merecedor de respeito (4), constitui o núcleo da antropologia moral.

O esforço pelo reconhecimento da liberdade e autonomia humana foi sempre reivindicado com certa veemência. Hoje, as pessoas querem exercitá-las inclusive nos últimos momentos da vida. Ante a possibilidade de alguém vir a tornar-se incapacitado, ligado a um respirador, ou um corpo em estado vegetativo, dependente da sofisticada aparelhagem de uma UTI, a pessoa tem o direito de manifestar antecipadamente sua vontade, tanto no que dó respeito à aceitação ou recusa dos meios que vão mantê-la prostrada, sem esperança de recuperação, quanto no que se refere ao tipo de tratamento por ela preferido. Trata-se do exercício da autonomia do indivíduo, vinculado ao tratamento médico a ser administrado num futuro estado de incapacidade para a tomada de decisões. Não há dúvida, é o aprimoramento do princípio da autonomia do enfermo, ou do futuro paciente. O reconhecimento e a prática do mesmo aperfeiçoa, mas, às vezes, também complica o exercício da medicina.

O princípio médico que visa prioritariamente à saúde e à vida do paciente, conhecido como princípio da beneficência, próprio da tradição hipocrática, está sendo questionado. Podem ser levantados limites ao mesmo? É correto o preestabelecimento do tratamento médico a ser aplicado, prevendo a própria incapacidade ou inconsciência? O estado de paciente terminal implica a negação da vontade e o abandono total às decisões alheias? É possível ao paciente ser o sujeito do processo médico-hospitalar que comumente precede o fim da vida?

O presente artigo propõe-se, a título de introdução ao estudo destes problemas, à exposição e análise da lei sobre a autodeterminação do paciente, The Patient Self-Determination Act (PSDA) (5), aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos, vigente a partir de 1º de dezembro de 1991.

## 1. Redimensionamento do princípio da autonomia

Uma das tarefas iniciais da Bioética, nos seus primeiros vinte anos, tem sido o estabelecimento e a articulação dos seus princípios fundamentais. Um deles, o princípio da autonomia, ocupa-se principalmente dos direitos do paciente

como pessoa individual e com o seu poder de decisão sobre o próprio tratamento. Na maioria dos países desenvolvidos ou quase desenvolvidos, este princípio já é comum no exercício corriqueiro da medicina. Além disso, os tribunais de justiça, os especialistas em Bioética e os códigos de ética da maioria das organizações profissionais da saúde reconhecem que a pessoa adulta, em estado normal de consciência, tem o direito de aceitar ou recusar o tratamento médico, assim como a liberdade para participar em pesquisa. Chegou a hora, porém, do redimensionamento do referido princípio e do exame do problema da decisão no paciente incapacitado de tomar decisões. Sabe-se que mais de 80% dos cidadãos nos países do Primeiro Mundo morrem nos hospitais (6). Esse índice era de 50% em 1949, de 61% em 1958, de 70% em 1977 e de 75% em 1987 (1). Por causa do aperfeiçoamento e da melhoria dos sistemas e planos nacionais da saúde, muitas nações estão a caminho da percentagem referida. Convém observar que, entre os que morrem nos hospitais, muitos ou quase todos tornam-se incapazes para o exercício da autonomia no período que antecede a morte. Este é, portanto, um problema social de características éticas e legais. O tema foi estudado com profundidade por A. E. Buchanan e D. W. Brock em obra que já é clássica, embora anterior à PSDA (7).

Foram diversas as vozes autorizadas que se manifestaram sobre o problema e que prepararam o terreno para a aprovação da PSDA. O Estado da Califórnia reconheceu, em 1976, o direito do paciente de recusar o tratamento que o mantinha com vida *Natural Death Act* (8). Em 1983, a Comissão Presidencial para o Estudo de Problemas Éticos na Medicina publicou o informe *Deciding to Forego Life Sustaining Treatment* (6), que expõe as opiniões claras e razoáveis da Bioética na forma de recomendações. Em 1985, a Sociedade Médica de Massachusetts aprovou a seguinte resolução, motivada pelo caso Paul Brophy: "A Sociedade Médica de Massachusetts reconhece o direito de autonomia dos pacientes terminais e dos indivíduos em estado vegetativo que tenham manifestado previamente sua vontade de recusar o tratamento, incluído o uso da hidratação parenteral e alimentação enteral por sondas entéricas. O cumprimento desta resolução por um médico não constitui uma prática contrária à ética, sempre que o médico e a família estejam de comum acordo quanto ao tratamento a ser prestado" (9). Em 1986, o Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana publicou, entre outras, as seguintes orientações: "Ainda no caso em que a morte não seja iminente, mas no qual o estado de coma do paciente é, sem dúvida alguma, irreversível, existindo garantias para confirmar a precisão do diagnóstico, e contato e assessoria daqueles que têm a responsabilidade do cuidado do paciente, não é contrário à ética sustar o tratamento médico que prolonga a vida"(10). Não é nosso objetivo entrar aqui na discussão dos problemas referentes à eutanásia ativa ou à eutanásia passiva, ou seja, do ato específico que adiantaria ou aceleraria a morte, nem da possível opção pela suspensão do tratamento que mantém a vida do paciente. Queremos focalizar o nosso trabalho, e é assim que o faz a PSDA, no direito do paciente de decidir sobre o tipo de terapia a ser administrada em uma situação de doença e na possibilidade de preestabelecer o tratamento, no caso de perda das faculdades de consciência e decisão, sendo possível em ambos os casos, porém, a sua recusa ao tratamento. Depois disso, ainda que a PSDA seja um elo em uma série ou seqüência inacabada de leis e declarações com traços marcantes, de caráter científico, ético e social, impõe-se uma lei a respeito da eutanásia passiva? Mas este não é o momento de fazer prognósticos, nem de se tirarem conclusões. Os casos K. A. Quinlan, 1985 (11), e N. Cruzan, 1990 (12), entre outros, sensibilizaram a opinião mundial sobre o tema. O Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana, na reunião anual dos delegados, em 1991, declarava sobre este tema: "O princípio da autonomia do paciente exige que os médicos respeitem a decisão do paciente com capacidade para a tomada de decisões no que diz respeito à suspensão do tratamento. Este princípio continua sendo o mesmo quando o resultado provável da suspensão do tratamento é a morte do paciente... A obrigação de oferecê-lo não inclui a obrigação de impô-lo a um paciente que não o quer"(1). É evidente, como já foi dito acima, que a autonomia é o princípio que determina e orienta a PSDA.

## 2. Características da PSDA

O que dizer sobre o prolongamento artificial da vida? É sempre correto? Será que o nosso sistema de atendimento à saúde tem-se convertido em obsessão no que diz respeito a este item, negligenciando, em certos casos, a dimensão caridosa da medicina e deixando de lado os direitos do paciente? (13). Com estas e outras idéias semelhantes, os senadores J. C. Danforth e D. P. Moynihan superaram mais um obstáculo na história do princípio da autonomia. O projeto deles, convertido na lei PSDA, foi aprovado pelo Congresso dos Estados Unidos em 1990, sendo efetivado a partir de 1º de dezembro de 1991.

A PSDA reconhece o direito das pessoas à tomada de decisões referentes ao cuidado da saúde, aí incluídos os direitos de aceitação e recusa do tratamento, e ao registro por escrito, mediante documento, das mesmas opções, prevendo uma eventual futura incapacidade para o livre exercício da própria vontade.

De acordo com essa lei, os hospitais e centros de saúde conveniados, públicos e particulares, ficam obrigados a informar seus pacientes sobre estas possibilidades, o que é feito oficialmente no momento de efetivar a admissão a um hospital. Esta medida, por sua vez, exige o preparo dos profissionais de saúde, para que possam orientar corretamente os pacientes. A lei não especifica, porém, a quem cabe este dever. O plano, visando a um ótimo resultado, depende do Ministério da Saúde, obrigado a desenvolver uma campanha nacional de educação coletiva sobre o tema.

É implícito que a PSDA se propõe: garantir o direito do paciente à autodeterminação e participação nas decisões relativas ao cuidado da saúde; estimular os pacientes a exigirem seus direitos e formularem suas objeções de consciência no que diz respeito à vida. Para a completa realização destas disposições, prevendo uma possível situação de inaptidão para o exercício dos próprios direitos, recomenda o uso de decisões ou ordens antecipadas (DA) para o tratamento *advance directives*. Com esta medida, aumenta a participação do paciente no seu próprio processo de pessoa doente e são respeitadas suas convicções e opções morais. Este aspecto, pela novidade e repercussão favorável (14), merece maior atenção da nossa parte.

## 2.1 Decisões ou Ordens Antecipadas (DA): Advance Directives

A PSDA, com o objetivo de ajudar o paciente, permite antecipar o exercício da autonomia individual àquelas situações nas quais essa não poderia ser diretamente exercitada. A pessoa em estado de lucidez e com possibilidade de se manifestar pode decidir sobre si própria quanto a uma possível situação de doença terminal, tendo a certeza de que vai ser tratada segundo a própria vontade, manifestada anteriormente. Quer dizer, a lei americana permite que as pessoas façam opções referentes à própria vida e saúde, visando a possíveis estados psico-físicos que impossibilitem a expressão da sua vontade.

As DA são uma resposta aos desafios à autonomia dos pacientes representados pelas doenças que perturbam e ameaçam a vida (15). Com a possibilidade de tomar decisões antecipadamente, aumenta a participação do paciente no período de crise da própria trajetória existencial, que é a doença terminal. Convém observar, porém, que não se trata de uma grande inovação, pois, ainda que em outra esfera, o direito de distribuição de bens mediante o testamento e o da declaração das últimas vontades são práticas comuns, relacionadas com o direito civil de cada nação. A inovação reside aqui na área da saúde, infelizmente relegada a um segundo plano por muito tempo no âmbito legal. Esta lei abre, portanto, um caminho para o tratamento de pacientes incapazes.

A PSDA apresenta e explícita três formas de efetivar as DA:

- a. a manifestação explícita da própria vontade (MEPV-living will);
- b. o poder permanente do responsável legal ou curador para o cuidado da saúde (PRCS - durable power of attorney for *health care*). É importante observar que attorney não se refere aqui ao advogado profissional, mas a uma pessoa investida de poder para representar a outra;
- c. a decisão ou ordem antecipada para o cuidado médico (DACM - *advance core medical directive*).

A aceitação judicial das DA é o reconhecimento da primazia das opções e preferências do paciente nas decisões sobre o tratamento de pacientes terminais. O apoio legal às DA, que exige que todos os pacientes sejam informados sobre elas, foi reforçado pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, em 1992 (16). Maiores informações sobre DA e PSDA podem ser obtidas nas publicações da Sociedade Americana de Hospitais (17) e da Sociedade Concern for Dying (18).

### 2.1.1 A Manifestação Explícita da Própria Vontade (MEPV)

A MEPV é uma forma das DA e responde à pergunta: quais as providências a serem tomadas para um paciente incapacitado de exercer a autonomia, mas que em estado anterior de lucidez manifestou-se a respeito por meio de documento escrito? (16).

A MEPV abrange o tratamento médico que seria desejado, assim como a recusa de possíveis tratamentos específicos, em estados de inconsciência ou de demência irreversíveis, ou na situação de paciente terminal por causa de doença ou acidente. Esta é a forma mais generalizada para fazer, manter e tomar efetivas decisões sobre futuros estados de saúde com incapacidade de decisão. O aprimoramento das leis referentes à MEPV aconteceu depois da Uniform Rights of the Terminally Ill Act, adotada em 1985 pela *National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*. A Suprema Corte reconheceu em 1990, no caso Cruzan, a proteção outorgada pela Constituição Federal ao direito dos pacientes de recusarem o tratamento que mantém a vida, incluída a hidratação parenteral e alimentação enteral. A lei reconhece, nestes casos, a imunidade civil e criminal dos médicos que suspendem o tratamento. Em alguns estados, na ausência de curador ou de provas sobre preferências no atendimento, é possível fazer um julgamento substitutivo (*substituted judgment*) que, no caso de ser aprovado pelos responsáveis (médicos, curador, ou em último caso pela justiça), permitiria mudanças no tratamento.

Um caso comum de MEPV é o da CPR (*cardio-pulmonary resuscitation*) e das DNR (*do not resuscitate orders*) quando acontece uma parada cardiopulmonar. Um exemplo de MEPV reconhecido no Brasil é o da Lei nº 8.489, de 19 de novembro de 1992, sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos. Diz o parágrafo primeiro do artigo 3º da referida lei que é permitida a retirada e

transplante de tecidos, *órgãos* e partes do corpo humano, entre outras circunstâncias, "por desejo expresso do disponente, manifestado em vida através de documento pessoal ou oficial."

A justificação primeira da MEPV reside na certeza e na confiança da pessoa competente no que diz respeito ao seu atendimento em estado de inconsciência. O futuro paciente pode determinar: que não sejam tomadas medidas inúteis e ineficazes; que não vai ser objeto de cuidados que possam produzir benefícios mínimos em relação às pesadas cargas neles implicadas ou que, simplesmente, venham prolongar o seu estado de inconsciência. Este é um direito fundado no princípio da autonomia do paciente. O tema da MEPV pode ser aprofundado, entre outras, nas publicações detalhadas (19, 20, 21).

### 2.1.2 O Poder do Responsável Legal ou curador para o Cuidado da Saúde (PRCS)

A função do PRCS responde à pergunta: quem é que vai agir como responsável pelo paciente? A resposta vai determinar a pessoa à qual o médico deverá encaminhar-se para obter o consentimento informado e assim tomar as decisões cabíveis. A PSDA não estabelece condições especiais para a nomeação do curador ou responsável pelo doente. O peso da responsabilidade ética e da carga psicológica sobre o curador ou responsável poderá ser muito forte. No caso da decisão sobre a retirada dos aparelhos que mantêm a vida de um familiar ou amigo em estado terminal, a vontade do curador em decidir diminui de 70% para 46% quando comparado a situações que envolvem pacientes sem vínculos afetivos (22). R. Veatch atribui três funções primárias ao curador na área da saúde: a) verificar que a escolha do paciente, sendo ela conhecida, está sendo respeitada; b) fazer um julgamento substitutivo, fundado na crença de que seria a opção do paciente, na medida em que esta pudesse ser conhecida; c) decidir o que é considerado ser de maior interesse para o paciente (23). Anteriormente à PSDA, era proibida ao curador da saúde ou responsável pelo paciente a tomada de decisões sobre a obrigatoriedade da internação psiquiátrica, as terapias eletroconvulsivas, a esterilização e o aborto (7); a PSDA não estabelece restrições decisórias do curador. Para um conhecimento maior deste item recomenda-se a leitura de Doudera (24), Hoffman (25), Scully (26) e Veatch (11).

### 2.1.3 A Decisão ou Ordem Antecipada para o Cuidado Médico (DACM)

Esta terceira forma das DA é uma mescla das duas opções precedentes. Por meio de uma DACM é a pessoa que, depois de consulta com seu médico, familiares ou outras pessoas, decide de forma precisa a classe de atendimento ou cuidados que quer ou não quer receber num futuro estado de paciente terminal. O mesmo indivíduo pode, também, indicar um curador ou pessoa responsável a fim de que este possa ajudar na interpretação e aplicação das decisões já tomadas ou na resolução de novos problemas. Essas determinações devem ser acrescentadas ao prontuário do paciente.

## 3. Avaliação da PSDA

### 3.1. Observações

A PSDA tem sido objeto de opiniões controvertidas. Um exemplo notório dessa falta de unidade é a opinião de A. M. Capron, ex-diretor do Comitê Presidencial dos Estados Unidos sobre Problemas Éticos em Medicina, que se mostrou reticente no que se refere à aprovação e prática da PSDA (27). Por sua vez, 25 organizações de grande influência na maioria dos hospitais e centros de saúde do Estado da Califórnia criaram *The California Consortium on Patient Self-Determination* com a finalidade de apoiar, esclarecer e completar a PSDA (28). É preciso lembrar, porém, que o princípio da autonomia do paciente exige que os médicos devem respeitar as DA, incluindo-se aí a suspensão do tratamento de um enfermo que era capaz, do ponto de vista intelectual ou emocional, no momento da formalização por escrito das mesmas.

A atitude de desconfiança para com a PSDA é compreensível quando se leva em conta as seguintes questões: Qual o momento em que o curador deve iniciar o seu papel? É necessário um atestado médico ou do tribunal, confirmando o estado de incapacidade do paciente, para poder assumir as funções de curador ou de responsável pelo paciente? O que fazer quando as DA não têm nada a ver com o quadro ou situação extrema apresentado pelo paciente?

No que se refere às DA, de modo geral, é preciso reconhecer que o momento mais apropriado para a tomada de decisões que comprometem o futuro do paciente não é "ao ser admitido ao hospital". O paciente, neste caso, poderá agir movido pelo medo, a iminência da dor, o temor ou outros possíveis condicionamentos. Qualquer um dos três tipos de DA anteriormente referidos deveria ser fruto de um processo que inclui a consulta ao médico, à família e a outros possíveis conselheiros. Não se trata de decisões momentâneas. Além disso, como agir e informar sobre estes assuntos as pessoas que não têm contato com uma entidade de saúde?

### 3.2 Aspectos Positivos

A PSDA contribui para o aumento da responsabilidade das pessoas no que se refere à própria saúde. Por sua vez, uma opção consciente exige a informação prévia do médico, o que amenizará a dificuldade da escolha, facilitará o processo de atendimento e provavelmente diminuirá os custos da internação.

A PSDA harmoniza-se com uma aspiração da ética contemporânea, que pode ser enunciada do seguinte modo: as decisões sobre o atendimento de um paciente deveriam ser as que visam ao melhor resultado possível para o paciente, na opinião dele, o próprio paciente. Por este motivo, a lei federal americana estimula o uso das DA. Elas são uma ajuda para o médico, instituições de saúde e para a família do paciente.

Cabe sublinhar aqui a presença de dois valores éticos que enobrecem extraordinariamente a PSDA: a veracidade da informação médica recebida, pois só a partir da mesma é que o paciente poderá fazer a opção que ele julgar mais apropriada, e a aceitação da decisão do enfermo pela equipe médica e pela família. As duas atitudes possibilitam o exercício da autonomia, o que constitui o núcleo da PSDA.

A PSDA é mais uma confirmação da necessidade de uma atitude ética para todos os profissionais da saúde.

### 3.3 Dificuldades

O primeiro obstáculo a ser vencido pelo paciente é a compreensão dos formulários oferecidos no momento da hospitalização. Do mesmo modo, deve ser reconhecido que nem sempre é fácil para o paciente o preenchimento dos documentos oferecidos, o que exige uma opção sobre questões vitais. Um estudo realizado com 148 pacientes idosos ambulatoriais, orientados para DA e que foram acompanhados por um ano mostrou que ao final deste período apenas 12% haviam completado a MEPV. Em outro estudo, de 60 pacientes nenhum completou a MEPV (22).

Como foi exposto acima, é quase unânime o ponto de vista que o momento da internação hospitalar não é o mais apropriado para este tipo de decisão.

A PSDA em geral e as DA em particular têm a ver com os custos da atenção à saúde. Estimular a realização das DA facilmente poderia estar vinculado à diminuição de custos, interessando tanto o governo, como as Seguradoras de Saúde. O próprio Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana reconhece que "a pressão crescente para reduzir os custos da atenção à saúde pode ser mais um motivo a favor da eutanásia"(1) .

É importante notar que em torno de 30% dos gastos das Seguradoras acontecem no último ano de vida dos pacientes. Até onde estão envolvidos os interesses financeiros?

A PSDA não fala explicitamente em crianças ou adolescentes, cabendo portanto aos responsáveis legais ou tutores dos mesmos tomar as decisões cabíveis segundo a mens ou leitmotiv que inspira a PSDA.

A PSDA também não contempla o possível caso da recusa de colaboração do médico, devido a princípios pessoais de conduta, na suspensão do tratamento que mantém a vida, solicitada pelo paciente ou curador, ou prevista nas DA.

Um inconveniente das DA é o problema da continuidade ou identidade psicológica da pessoa: o ser racional que sou agora, pode ser que não seja psicologicamente a mesma pessoa no caso do paciente terminal que eu serei. As decisões tomadas com anterioridade nem sempre poderão ser as melhores e mais apropriadas para uma situação ainda não vivida. Portanto, as DA têm uma autoridade absoluta ou uma autoridade relativa? A PSDA também não considera este possível conflito. Quando poderiam ser desconsideradas as DA? Não são as DA uma falta de confiança na família?

Não há dúvida que a objeção maior que pode ser feita à PSDA, e que aqui tem sido discretamente apontada, é a possibilidade de suspender o tratamento, cuja conseqüência pode ser a morte. Este é um assunto que só pode ser esclarecido precisando detalhadamente o estado nosológico do paciente e a função da terapia aplicada. Como afirma Jonsen (29), de uma combinação dos princípios da beneficência e da autonomia chegou-se ao da pura autonomia, tentando com isso defender condutas anteriormente injustificáveis. É preciso observar, porém, que o referido Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana pronunciou-se categoricamente sobre este tema em 1992: "Os médicos não devem praticar eutanásia nem participar do suicídio assistido"(1).

### Conclusão

É inquestionável a força do princípio da autonomia do paciente e a primazia concedida ao mesmo pelas leis e a sociedade. Pela exposição acima, uma das formas do princípio da autonomia, diante de uma possível situação de

incapacidade de escolha e decisão, é a determinação do tratamento a ser administrado por meio das DA. As formas de DA possibilitam, portanto, a atualização da autonomia quando já não existem condições físicas ou psíquicas para o exercício da mesma. As DA usadas prudentemente podem contribuir sobremaneira para o aprimoramento da responsabilidade individual e coletiva no que diz respeito à saúde. Seria questionável, porém, o uso das mesmas para ações ou processos que visassem ao adiantamento do fim natural da vida, conforme a vontade do paciente ou a decisão do curador.

**Abstrat** - Recognition and Institutionalization of the Patient Autonomy: a Survey on the Patient Self - Determination Act

This work emphasizes that the patient, or the future patient, in view of the possibility of becoming a terminal patient, has the right to previously express his/her will concerning the kind of treatment he/ she wishes. It is an exercise of the principle of autonomy relating to final care or treatment.

The article shows and analyzes the content of the American law entitled "*The Patient Self - Determination Act (PSDA)*", in force since 1991. The advantages, disadvantages and possible questionable uses resulting from that law are examined in this article.

#### Bibliografia

1. Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Decisions near the end of life. JAMA 1992;267:2229-33.
2. Aristotelis. Ethica Nicomachea. Oxford:Oxford University Press, 1979: 1098a4. (Oxford Classical Texts)
3. Hume D. A Treatise of human nature. Oxford: Oxford at the Clarendon Press, 1989: 183.
4. Kant I. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Hamburg: Felix Meiner Verlag, 1965: 51,58
5. The Patient Self-Determination Act of 1990. Washington: House of Representatives, H.R. 4449. U.S. 101st Congress, 2d Session, 1990: 1-9.
6. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research. Deciding to forego life-sustaining treatment. Washington: Government Printing Office, 1983: 17.
7. Buchanan AE, Brock DW. Deciding for others. The ethics of surrogate decision making. New York: Cambridge University Press, 1989.
8. Capron AM. Right to refuse medical care. In: Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics. New York: The Free Press, 1978: 1506.
9. The Boston Globe. 1985 jul 23:12.
10. Council on Ethical and Judicial Affairs of The American Medical Association. Current Opinions 1986:9.
11. Veatch R. Death, dying and the biological revolution. London: Yale University Press, 1989.
12. Nancy Cruzan dies, but the issue lives on. Chicago Tribune 1990 Dec 27:3.
13. McCloskey EL. The Patient Self-Determination Act. Kennedy Institute of Ethics Journal 1991;2:163-9.
14. McCloskey EL. The spirit of The Patient Self-Determination Act. Hastings Cent Rep 1991;21(5):14-5.
15. Putillo RB. Institutional quandaries. Hastings Cent Rep 1991;21(5):13-4.
16. Meisel A. The legal consensus about forgoing life-sustaining treatment. Kennedy Institute of Ethics Journal 1992;4:309-45.
17. American Hospital Association. Put it in writing: a guide to promoting advance directives. Chicago: AHA Services, 1991.
18. Concern for Dying. Advance directives protocols and the Patient Self-Determination Act: a resource manual for the development of institutional protocols. New York: Concern for Dying, 1991.
19. Age Concern Institute of Gerontology, Centre of Medical Law and Ethics, King's College. The living will: consent to treatment at the end of life. London: Edward Arnold, 1988.
20. Collen BD. The essential guide to a living will. 2.ed. New York: Pharos Books, 1991.
21. Society for the Right to Die. Refusal of treatment legislation: a state by state compilation of enacted and model statutes. New York: Society for the Right to Die, 1991.
22. Cate FH, Gill BA. The Patient Self-Determination Act: implementation issues and opportunities. Washington: The Annenberg Washington Program, 1991.
23. Veatch R. Forgoing life-sustaining treatment: limits to the consensus. Kennedy Institute of Ethics Journal 1993; 1: 1-19.
24. Doudera AE. Developing issues in medical decision making: the durable power of attorney and institutional ethics committees. Prim Care 1986;13:315-26.

25. Hoffman DE. Planning for medical decision making: living wills and durable powers of attorney. *Md Med J* 1989;38:154-8.
26. Scully T, Scully C. *Playing God: the new world of medical choices*. New York: Simon and Schuster, 1987.
27. Capron AM. The Patient Self-Determination Act: not now. *Hastings Cent Rep* 1990;20(5) :35-6.
28. The California Consortium on Patient Self-Determination. *Hastings Cent Rep* 1991 ;21 (5): 12.
29. Jonsen AR. To help the dying die: a new duty for anesthesiologists? *Anesthesiology* 1993;2:225-8.

Endereço para correspondência:

*Caixa Postal, 1429*  
*Av. Ipiranga, 6681*  
*90.001-970 Porto Alegre-RS.*