

**RECONHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AUTONOMIA DO  
PACIENTE: UM ESTUDO DA  
*THE PATIENT SELF-DETERMINATION ACT* \***

Joaquim Clotet

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.

### **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<sup>1</sup>, 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

---

\* Publicado na Revista **Bioética**, Brasília : Conselho federal de medicina, v.1, n.2, p.157-164, 1993.

<sup>1</sup> COUNCIL on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Decisions near the end of life. **JAMA**, n.267, p.2229-2233, 1992.

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<sup>2</sup>, sentimental<sup>3</sup>, livre, autônomo, digno e merecedor de respeito<sup>4</sup>, 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 diz 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?

---

<sup>2</sup> ARISTOTELIS. *Ethica nicomachea*. Oxford : Oxford University Press, 1979. p.1098a4. (Oxford Classical Texts).

<sup>3</sup> HUME, D. *A treatise of human nature*. Oxford : Oxford at the Clarendon Press, 1989. p.133.

<sup>4</sup> KANT, I. *Grundlegung zur Methaphysik der Sitten*. Hamburg : Felix Meiner Verlag, 1965. p.51, 58.

O presente artigo propõe-se, a título de introdução ao estudo desses problemas, à exposição e análise da lei sobre a autodeterminação do paciente, *The Patient Self-Determination Act (PSDA)*<sup>5</sup>, 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 no países do Primeiro Mundo morrem nos hospitais<sup>6</sup>. Esse índice era de 50% em 1949, de 61% em 1958, de 70% em 1977 e de 75% em 1987<sup>1</sup>. 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 tomam-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.

---

<sup>5</sup> THE Patient Self-Determination Act of 1990. Wahington, House of Representatives, H.R. 4449. U.S. 101sd Congress, 2d Session, 1990. p.1-9.

<sup>6</sup> 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. p.17.

Buchanan e D. W. Brook em obra que já é clássica, embora anterior à PSDA<sup>7</sup>.

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*<sup>8</sup>. Em 1983, a Comissão Presidencial para o Estudo de Problemas Éticos na Medicina publicou o informe **Deciding to Forego Life Sustaining Treatment**<sup>6</sup>, 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*”<sup>9</sup>. 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*”<sup>10</sup>. 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

---

<sup>7</sup> BUCHANAN, A.E., BROCK, D.W. **Deciding for others. The ethics of surrogate decision making**. New York : Cambridge University Press, 1989.

<sup>8</sup> CAPRON, A.M. Right to refuse medical care. In: REICH, W.T. (Ed.). **Encyclopedia of bioethics**. New York : The Free Press, 1978. p.1506.

<sup>9</sup> **THE Boston Globe**. 23 jul. 1985. p.12.

<sup>10</sup> COUNCIL on Ethical and Judicial Affairs of The American Medical Association. **Current opinions**. 1986. p.9.

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<sup>11</sup>, e N. Cruzan, 1990<sup>12</sup>, 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 é a morte do paciente... A obrigação de oferecê-lo não inclui a obrigação de impô-lo a um paciente que não o quer”*<sup>13</sup>. 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?<sup>13</sup> 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

---

<sup>11</sup> VEATCH, R. **Death, dying and the biological revolution**. London : Yale University Press, 1989.

<sup>12</sup> Nancy Cruzan dies, but the issue lives on. **Chicago Tribune**, 27 dec. 1990. p.3.

<sup>13</sup> MCCLOSKEY, E.L. The Patient Self-Determination Act. **Kennedy Institute of Ethics Journal**, n.2, p.163-169, 1991.

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<sup>14</sup>, 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

---

<sup>14</sup> MCCLOSKEY, E.L. The spirit of The Patient Self-Determination Act. **Hastings Cent Rep**, v.21, n.5, p.14-15, 1991.

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 psicofísicos 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<sup>15</sup>. 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 explicita 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 care medical directive*).

A aceitação judicial das DA é o reconhecimento da primazia das opções e

---

<sup>15</sup> PURTILLO, R.B. Institutional quandaries. **Hastings Cent Rep**, v.21, n.5, p.13-14, 1991.

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<sup>16</sup>. Maiores informações sobre DA e PSDA podem ser obtidas nas publicações da Sociedade Americana de Hospitais<sup>17</sup> e da Sociedade *Concern for Dying*<sup>18</sup>.

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

A MEPV é uma forma das DA e responde à pergunta: qual 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?<sup>16</sup>

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.

---

<sup>16</sup> MEISEL, A. The legal consensus about forgoing life-sustaining treatment. **Kennedy Institute of Ethics Journal**, n.4, p.309-345, 1992.

<sup>17</sup> AMERICAN Hospital Association. **Put it in writing: a guide to promoting advance directives**. Chicago : AHA Services, 1991.

<sup>18</sup> 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.

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 n° 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 3° da referida lei que é permitida a retirada e transplante de tecidos, órgãos e parte 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<sup>19 20 21</sup>.

### **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

---

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> COLLEN, B.D. **The essential guide to a living will**. 2.ed. New York : Pharos Book, 1991.

<sup>21</sup> 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.

decisão sobre a retirada dos aparelhos que mantém 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<sup>22</sup>. 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<sup>23</sup>. 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<sup>7</sup>; a PSDA não estabelece restrições decisórias do curador. Para um conhecimento maior deste item recomenda-se a leitura de Doudera<sup>24</sup>, Hoffman<sup>25</sup>, Scully<sup>26</sup> e Veatch<sup>11</sup>.

### **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**

---

<sup>22</sup> CATE, F.H., GILL, B.A. **The Patient Self-Determination Act: implementation issues and opportunities**. Washington : The Annenberg Washington Program, 1991.

<sup>23</sup> VEATCH, R. Forgoing life-sustaining treatment: limits to the consensus. **Kennedy Institute of Ethics Journal**, n.1, p.1-19, 1993.

<sup>24</sup> DOUDERA, A.E. Developing issues in medical decision making: the durable power of attorney and institutional ethics committees. **Orim Care**, n.13, p.315-326, 1986.

<sup>25</sup> HOFFMAN, D.E. Planning for medical decision making: living wills and durable powers of attorney. **Md Med J**, n.38, p.154-158, 1989.

<sup>26</sup> SCULLY, T., SCULLY, C. **Playing God: the new world of medical choices**. New York : Simon and Schuster, 1987.

### 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<sup>27</sup>. 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<sup>28</sup>. 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

---

<sup>27</sup> CAPRON, A.M. The patient Self-Determination Act: not now. **Hastings Cent Rep**, v.20, n.5, p.35-36, 1990.

<sup>28</sup> THE CALIFORNIA Consortium on Patient Self-Determination. **Hastings Cent Rep**, v.21, n.5, p.12, 1990.

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, quer dizer, opinião do 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 eticamente correta 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<sup>22</sup>.

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*”<sup>1</sup>. É importante notar que em tomo 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 trabalho que mantém a vida, solicitada pelo paciente ou curador, ou prevista nas DA.

Um inconveniente das DA é o problema da continuidade ou identidade psíquica 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 podem 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<sup>29</sup>, de uma combinação dos princípios da beneficência e da autonomia chegou-se ao da pura autonomia, tentando com isto 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*”<sup>1</sup>.

## 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 á 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.

---

<sup>29</sup> JONSEN, A.R. To help the dying die: a new duty for anesthesiologists?. *Anesthesiology*, n.2, p.225-228, 1993.

