

BRASIL. *Código Civil Brasileiro*. Colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia C. Vaz dos Santos Windt e Lívia Céspedes. 53 ed. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 31.

BRASIL. *Novo Código Civil*. Colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia C. Vaz dos Santos Winett e Lívia Céspedes. 53 ed. São Paulo: Saraiva, 2002. p.1615.

BRASIL. *Constituição* (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992. p. 15-83.

COELHO, Luiz Fernando. *Saudade do Futuro: transmodernidade, direito e utopia*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2001. 175p.

DORNELLES, João Ricardo W. *O que são direitos humanos*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 76p.

FIORILLO, Celso Antonio Pacheco. *Curso de Direito Ambiental*. 2. ed. ampl. São Paulo: Saraiva, 2001. p.03-47 e 230-290

GIACÓIA JÚNIOR, Oswaldo. Hans Jonas: o princípio responsabilidade, ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. In: OLIVEIRA, Manfredo

A. *Correntes fundamentais da ética contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2000. Pág. 193-206

JONAS, Hans. Técnica, medicina y ética. Barcelona: Paidós, 1996 p. 131 apud NEDEL, José. A ética da responsabilidade de Hans Jonas. *Revista da Ajuris*, XXVI, n. 82, t. I, p. 128-142, jun. 2001.

LEITE, José Rubens Morato. *Dano ambiental: do individual ao coletivo extrapatrimonial*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000. Pág 09-175 e 229-268.

MELLO, Celso D. de Albuquerque. *Curso de direito internacional público*. 14 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. V.1, p. 143.

MELLO, Celso D. de Albuquerque. *Curso de direito internacional público*. 14 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. V.2, p. 1020.

NEDEL, José. A ética da responsabilidade de Hans Jonas. *Revista da Ajuris*, XXVI, n. 82, t. I, p. 128-142, jun. 2001.

SILVA, Geraldo Eulálio do Nascimento. *Direito ambiental internacional*. 2. ed. revista e atual. Rio de Janeiro: Thex editora, 2002. p. 27-31.

SILVA, José Afonso da. *Direito ambiental constitucional*. 2. ed. revista. São Paulo: Malheiros, 1998. p. 01-66.

Distanásia – o tecnicamente possível é eticamente correto para a dignidade humana?

João Batista Alves de Oliveira *

Resumo

O presente artigo tem por finalidade abordar o tema distanásia, discussão essencial diante de uma medicina hospitalocêntrica, principalmente na atualidade, quando bioética é tema em pauta, demonstrando a necessidade da consideração do emocional do paciente e de valores humanitários na hora da morte, já que esta é uma característica constitutiva do ser humano, a qual não pode ser evitada, mas que pode sim não ser prolongada e sofrida conseqüente a procedimentos médicos.

Palavras-chave

Distanásia. Morte digna. Bioética.

DINASTHASIA: IS THE TECHNICALLY POSSIBLE SOMETHING ETHICALLY RIGHT FOR HUMAN DIGNITY?

Abstract

This paper is intended for presenting an approach to disthanasia, essential discussion on a hospital-based medicine, especially in the present day, for the bioethics is subject of study. Bioethics demonstrates the need of taking into account the patient's emotional point, as well as his human values on his deathbed. Although death is unavoidable, it is possible to make it less long-suffering when consequent from medical procedures.

Keywords

Disthanasia. Dignified death. Bioethics.

* Biomédico pela UMC – Universidade de Mogi das Cruzes. Médico formado pela UNIG – Universidade de Nova Iguaçu, atuante em Clínica Médica.

DISTANASIA – ¿LO TÉCNICAMENTE POSIBLE ES ÉTICAMENTE CORRECTO A LA DIGNIDAD HUMANA?

Resumen

Este artículo tiene por objetivo abordar el tema de la distanasia, discusión esencial frente a una medicina hospitalocéntrica, principalmente en la actualidad, cuando la bioética es un tema en pauta y demuestra la necesidad de la consideración de lo emocional del paciente y de los valores humanitarios a la hora de la muerte, ya que ésta es una característica constitutiva del ser humano, que no se puede evitar, pero que puede no ser alargada y sufrida como consecuencia de los procedimientos médicos.

Palabras clave

Distanasia. Muerte digna. Bioética.

Introdução

É inerente a todo ser humano o fato de não pensar em sua morte, ainda que seja esta a única certeza da vida. Há intrinsecamente um sentimento de imortalidade que conduz ao apego à vida e à negação inconsciente da morte.

Porém, ainda que negada, a morte é uma realidade diária, mais ou menos notada conforme ocorra perto ou distante de nós, a nossos conhecidos ou desconhecidos.

Antigamente morrer era natural; uma etapa a mais da vida, sob o controle da família, respaldado por um cuidado religioso. Havia um ritual a ser cumprido, em que cada um sabia o seu papel. A morte doía, mas não aterrorizava.

Mudanças culturais foram ocorrendo e avanços teóricos e tecnológicos foram agregados à medicina. Com isso a morte deixou de ter um controle familiar e religioso, passando a ser um frio acontecimento numa sala de emergência, ou na assepsia gelada de um hospital, normalmente com o paciente isolado da família.

O estilo de vida moderno, a longevidade permitida pelos avanços médicos levaram a outras causas de morte, menos naturais, mais prolongadas, mais controladas.

A medicina armou-se tecnicamente contra a morte, ao mesmo tempo em que passou a se descuidar do ser humano e a deixar de reconhecer sua impotência frente à morte como evento final.

Muito se discute sobre eutanásia, talvez pelo reconhecimento da presença da morte; pouco ou nada se fala sobre distanásia, que é a morte prolongada e sofrida, gerada por um sentimento de onipotência médica que não valoriza o lado humanitário do paciente em processo de morte, e dos familiares que o acompanham e sofrem duplamente; quer seja pela perda em si, quer seja pelo sofrimento a ela agregada durante o processo de morrer, insistindo em medidas extraordinárias para a manutenção da vida quando a morte é iminente e inevitável.

Discutir o tema não é se opor à tecnologia, mas repensar a tecnolatria, algo desnecessário e desumano numa medicina que deve, na atualidade, valorizar a bioética.

Os objetivos da medicina

Talvez devamos começar a avaliar os objetivos da medicina com uma pergunta: A medicina é uma arte ou uma ciência?

A resposta, no entanto, é difícil de ser obtida, variando conforme interpretações pessoais ou momentâneas. Talvez sua validade resida no fato de nos fazer refletir que, qualquer que seja ela, estamos sempre limitados em interpretações e ações, devendo, por isso, apren-

der a ponderar lucidamente em cada caso individual.

Revisando a história da medicina, vemos que houve uma época em que todos, inclusive o médico, tinham plena consciência de suas limitações perante a morte; quando vinha o relacionamento médico-paciente na missão de se completarem para proporcionar uma morte tranqüila. Nesse período, inclusive, as tentativas excessivas em prolongar a vida de um incurável eram vistas como não-éticas (PESSINI, 2001).

Antes disso, Hipócrates já advertia que o homem não deve exigir da arte o que não pertence à arte (PESSINI, 2001). Mesmo sem saber e que ocorreria, já se posicionava contra a distanásia.

A medicina tem por princípio básico salvar a vida. Porém, não pode reduzir essa a sua dimensão puramente física e se fundamentar exclusivamente na tecnologia para a preservação da vida.

Essa postura de intenso e extremo cuidado tecnológico não só é agravada pelo esquema de formação de nossas escolas médicas, como por uma mudança da visão geral da sociedade que, nos casos de pacientes terminais, espera um milagre da tecnologia antes mesmo de pedir a Deus (PESSINI, 2001).

Na condição humana é, com certeza, muito difícil decidir o limite entre intervir ou não, entre o que é bene-

ficente e não-maleficente. Só os discernimentos individuais, baseados na valorização do paciente como humano, além de sua condição biológica, podem levar a uma decisão coerente.

A medicina moderna

Transformações teóricas e principalmente tecnológicas são implementadas rotineiramente pela medicina. Especialidades e subespecialidades surgem, e o ser humano começa a ser fragmentado em um cuidado estritamente físico.

Perdeu-se, com o tempo, o médico de família, o médico amigo. Perdeu-se a visão global (corpo-mente-espírito) e se esqueceu o lado humanitário.

Atributos da vida moderna e novas condições clínicas levaram a uma medicina emergencista. Escolas médicas formam seus alunos para o prático, para o imediato, ao mesmo tempo em que esquecem de ensinar o cuidado com o ser humano.

Medicamentos e tecnologias prolongam a vida. Cuidam do doente e muitas vezes os despersonalizam, principalmente quando estão em processo de morte, o que normalmente ocorre na assepsia fria de um hospital, longe da família, dos amigos, enfim, distante da vida.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se proliferaram no intuito de salvar a vida, o que cumprem bem em um grande número de casos. Porém, também é o local onde a distanásia ocorre mais acentuada ou abertamente, sendo tanto mais intensa quanto mais sofisticada a unidade.

Longe de criticar todo esse tratamento, de negar a necessidade de toda essa tecnologia, o que se busca é alertar sobre a necessidade do elo entre o tecnológico e o humano – precisamos ser cuidadores do corpo e conhecedores da alma.

Distanásia – A discussão quando bioética é tema em pauta

“Inimiga do homem não é a morte, mas a desumanidade” (paciente Eli Khan) (PESSINI, 2001).

Um novo perfil do médico, da Medicina, dos pacientes e a mudança dos tipos de doenças e das causas de morte na atualidade, conduzem a uma nova postura do profissional da área de saúde em relação ao paciente que respeite sua condição humana somada a sua condição puramente física enquanto ser doente.

A longevidade conseguida com os novos recursos e o conseqüente surgimento das doenças degenerativas tor-

naram explícito o sofrimento físico, que passa a não só sensibilizar como a chocar, quando se praticam atitudes extremas de preservação da vida.

Conseqüente a esse novo perfil, a Medicina armou-se tecnologicamente para aplacar o sofrimento. O que se nota, no entanto, por vezes, é o prolongamento e não o aplacar desse sofrer, quando se opta pela manutenção de medidas artificiais extremas para se manter a função vegetativa.

Nesse novo contexto surge o paciente chamado de terminal, ou mais atualmente de paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, que é aquele que não responde mais às intervenções médicas, estando num processo inexorável de morte. E surge também um problema ético para o médico: como se portar diante desse paciente? Praticar a eutanásia (antecipação da morte)? Praticar a distanásia (prolongar sofridamente o processo de morrer)? Como conseguir a ortotanásia (morte no tempo certo)?

E esses questionamentos tornam-se sem respostas não só por sua complexidade particular, como pelo despreparo médico em lidar com o lado humano e emocional do paciente. Despreparado, o médico, em um conflito pessoal, inquire-se: Qual meu limite?

Sem uma resposta a sua própria pergunta ele pode acabar, até motivado

pelo sistema, a praticar a distanásia, ou seja, a prática de atitudes médicas extremadas para se manter a vida, levando a uma morte prolongada e com muito sofrimento, reduzindo a vida a sua mera condição biológica, quando a morte se mostra inevitável, sem benefício ao paciente ou, em alguns casos, trazendo malefícios.

Determinar limites para a continuidade da intervenção ou determinar o que é melhor ou pior, é missão árdua e extremamente difícil devido aos múltiplos aspectos relacionados (psicológico, social, médico, pessoal).

Fica claro, então, que não há como se padronizar um pensamento ou uma conduta, variando conforme relações pessoais médico-família-doente e, principalmente, pelo fato de o paciente ser capaz ou não de suas decisões nesse momento especial de sua vida.

Torna-se necessário, então, que se discuta a autonomia do paciente e a do médico dentro desse novo modelo de atendimento. Para isso há que se ter como consideração inicial e verdadeira que a morte é parte da vida.

Um novo relacionamento deve ser estabelecido entre médico, paciente (quando capaz e lúcido) e familiares e/ou responsáveis legais, devendo ser clara a exposição prognóstica, para que todos tenham tempo suficiente para absorver, interpretar e decidir frente a essa

nova situação, principalmente em situações finais da vida, quando só prepondera a função vegetativa do paciente.

É essencial que haja um claro conhecimento e consentimento de todos em relação ao respeito humano não só do paciente, como de todos os envolvidos, o que conduz a uma consciente tomada de decisões, o que, no entanto, não surge repentinamente ou mesmo pode nem ocorrer, já que o componente emocional é o forte comandante de decisões.

Não pode mais, nesse novo molde, a Medicina se basear na heteronomia. Deve sim, basear-se na vontade e no poder de decisão do paciente ou de seus representantes legais sobre a manutenção ou interrupção de tratamentos, depois de adequada informação sobre prognóstico, vantagens e desvantagens desses.

A postura do médico como detentor absoluto das melhores atitudes a serem tomadas, com relação ao paciente, não mais tem lugar na atualidade, diante desse paciente fora de possibilidade terapêutica de cura.

O problema, não só ético como jurídico, se dá naqueles casos em que o paciente não pode ser considerado capacitado psicologicamente para a tomada de decisões e nos casos de menores de idade.

Para o paciente que nunca ou que ainda não se tornou competente e nunca teve capacidade de decidir... não po-

dendo participar do processo de dar consentimento ou recusar e porque ninguém pode legitimamente exigir um juízo substituto em seu favor, nosso único recurso é contemplar o que seria melhor no seu interesse, apelando para os princípios de beneficência e não-maleficência (PESSINI, 2001, p.78).

Pode um responsável jurídico realmente responder por um incapaz psíquico ou por um menor? Quem lhe garante esse direito? Ou por que não poderia responder por esse, diante de sua incapacidade? Quem poderia lhe tirar esse direito?

A tomada de decisões deve estar baseada nos princípios da beneficência e maleficência. Entende-se como beneficência aquelas atitudes que conduzem a manutenção da vida com condições adequadas clinicamente, independente do sofrimento momentâneo que possa provocar. Já na maleficência as atitudes tomadas não se prestam à manutenção da vida e ainda trazem sofrimento ao paciente. E aqui há que se considerar uma análise médica e uma pessoal, ou mais difícil ainda, uma inter-relação harmônica dessas.

Dar autonomia a um paciente é aceitar suas decisões em relação ao seu morrer, desde que lhe tenham sido fornecidas todas as informações e esteja emocionalmente capacitado para um julgamento adequado.

Nessa aceitação da decisão do paciente, deve o médico, baseado em seu juramento de salvar vidas, fundamentar-se na Declaração de Veneza sobre o paciente terminal, adotada na 35ª. Assembléia Geral da Associação Médica Mundial de Veneza, Itália, 1993, que estabelece:

- 1 - O dever do médico é curar, quando isso for possível, aliviar o sofrimento e agir na proteção dos melhores interesses do seu paciente;
- 2 - Não fazer exceção a este princípio, mesmo no caso de doenças incuráveis ou malformações;
- 3 - Este princípio não exclui a aplicação das seguintes regras:
 - 3.1 - O médico deve aliviar o sofrimento de um paciente com enfermidade terminal, através da não adoção ou suspensão de um tratamento com o consentimento do paciente ou de sua família imediata, caso esteja impossibilitado de expressar sua vontade. A não implantação ou a suspensão do tratamento não desobriga o médico de sua função de assistir o paciente que está morrendo e de fornecer-lhe os medicamentos necessários para minimizar o sofrimento nessa fase terminal;
 - 3.2 - O médico deve abster-se de utilizar medidas extraordinárias que não tragam benefícios para o paciente;
 - 3.3 - O médico pode, quando não for possível reverter o processo final de cessação das funções vitais, aplicar meios artificiais, quando os mesmos forem necessários para manter ativos órgãos a serem utilizados em transplantes, desde que proceda de acordo com as leis

do país, ou em virtude de um consentimento formal dado pela pessoa responsável, com a certificação da morte ou da irreversibilidade da atividade vital constatada por médicos não relacionados com os transplantes ou com o paciente receptor do transplante, devendo os médicos do doador serem totalmente independentes dos médicos que tratam propriamente do receptor. (DECLARAÇÃO...)

O fato de o paciente ter autonomia é legítimo, já que:

A autonomia da vontade é a constituição da vontade, pela qual ela é para si mesma uma lei, independente de como forem constituídos os objetos do querer. O princípio da autonomia é, pois, não escolher de outro modo, mas sim deste: que as máximas da escolha, no próprio querer, sejam ao mesmo tempo incluídas como lei universal (KOVACS, 1998, p.63).

Importante de se considerar nesse contexto é que essa autonomia pode ainda por muito tempo ser uma utopia, já que aquele paciente que necessita do sistema público de atendimento normalmente não vai ter a liberdade de escolha. Há a necessidade do sistema mudar para que promova condições de atendimento e conseqüentemente de concessão de autonomia. Há que se ter uma mudança na concepção do que é saúde, do que é cuidar, do que é respeitar. E acima de tudo, dar condições ins-

titucionais e profissionais para que todo esse processo ocorra adequadamente.

Um cuidado nessa etapa é que o diálogo estabelecido entre médico e paciente ou seus familiares não seja baseado no discurso técnico, devendo ao contrário, ser pautado no conhecimento leigo, para que os fatos não se tornem obscuros e incompreensíveis.

Antes de considerarmos o fato de conceder ou não a autonomia a um paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, temos que rever nossos conceitos e posicionamentos sobre o binômio vida-morte.

Subitamente, a morte se impõe impiedosamente, e se mostra presente talvez para que repensemos os verdadeiros valores e conceitos, pois nos obriga a um mergulho profundo e solitário (PIERRE, 2002).

e também exige que repensemos nossas atitudes médicas, que não podem ser baseadas na heteronomia como sempre foram.

Temos que considerar que a Medicina evolui permitindo cuidados paliativos, mas que sua missão é a de cuidar, dar o auxílio máximo que pode receber o paciente com "morte anunciada". Reconhecer que o paciente:

quer compartilhar com alguém que possa compreender seus sentimentos de

dor, raiva, culpa e até mesmo o de isolamento, onde encontra um pouco de alívio e paz" (PIERRE, 2002).

A tecnologia não deve prolongar o sofrimento. O médico, e principalmente o acadêmico médico deve aprender a observar, expor, discutir, vivenciar e analisar sua relação com a morte, entendendo que o seu papel é maior que o de curar o corpo.

Se o médico não estiver atento... a quanto suas convicções e valores arraigados o ameaçam, poderá continuar exercendo um poder que me parece inútil e absolutamente cruel, que é o prolongamento da vida monitorada, no momento da morte, tentando conseguir o controle da duração e do momento em que ela deverá ocorrer. Está tomado pela fantasia de interferir no processo do ciclo da natureza (PIERRE, 2002).

Reconhecer suas necessidades pessoais é fato de extrema importância para o médico a fim de que se sinta confortável nos cuidados ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, e não tenha comprometimento de sua vida profissional e privada.

A interação médico-paciente-família deve ser a base das decisões e atitudes nessa fase terminal do paciente, assim como deve sempre haver a interação interdisciplinar que pode contribuir muito para todos os envolvidos.

Dar autonomia implica em conceder ao paciente, assim como a seus familiares, todas as informações necessárias para que realizem o julgamento adequado e, posteriormente, apoiá-los e acompanhá-los em suas decisões, seja por meio dos cuidados médicos, do diálogo ou mesmo do silêncio participativo.

Significa termos que mudar pensamentos, posicionamentos, atitudes e inclusive leis para que o direito seja concedido, porém baseado em normas éticas as quais protejam todos os envolvidos e, principalmente, aqueles incapazes de optar por si mesmos.

É necessário que haja, no Brasil, a discussão sobre a autonomia do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura para que se possa estender a todo paciente o seu direito, além das condições ideais para os cuidados paliativos necessários, quando o controle da dor é o bem maior.

Finalmente devemos, em cada caso particular, renovar os questionamentos: o paciente tem o direito de ser atendido em sua decisão de receber ou não tratamento? O médico tem o direito de discordar do paciente? Questionando poderemos, a cada situação, aprender a refletir e a amadurecer, contribuindo para a adoção de melhores atitudes por parte dos profissionais, do paciente e também de nós mesmos, já

que a autonomia do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura não é só um problema filosófico, mas também uma nova realidade médica.

O posicionamento teológico

A Igreja Católica se posiciona bem, de forma sensata e humanitária em relação aos cuidados que devem ser prestados ao paciente fora de possibilidade terapêutica e cura.

É citação de documento do Papa João Paulo II (Evangelium Vitae, 1995):

Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado graves para ele e para sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes. A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia: exprime antes, a aceitação da condição humana diante da morte.

Um memorando do episcopado canadense diz:

A nossa sociedade acredita na mentira segundo a qual a Medicina moderna controlaria a qualidade e o momento da morte e da vida. Na realidade, controlamos poucas coisas. A nossa capacidade de ressuscitar, prolongar ou curar é parcial e efêmera. Reconhecer esses limites e continuar a ser realmente humilde perante a morte é uma característica da posição católica (CONSELHO..., 1995).

A Igreja reconhece que a negação da obstinação terapêutica não significa provocar a morte, mas sim a aceitação de que não podemos impedi-la. Talvez devamos então compartilhar desse posicionamento e voltarmos à relação de companheirismo médico-paciente no processo de morte iminente, tornando-o mais natural, acolhedor, valorizando o humanitário mais do que a mera condição biológica.

Conclusão

Reconhecidamente:

hoje a Medicina está bem aparelhada para combater a dor, mas encontra-se num estágio bastante rudimentar no que diz respeito ao controle do sofrimento (PESSINI, 2001, p. 287).

Precisamos aprender a entender que “podemos ser curadores de uma doença classificada como mortal, mas

não de nossa mortalidade” (PESSINI, 2001, p.333). Aprender a reconhecer nossos limites de atuação e a necessidade da interação físico-psíquico. Aceitar que a Medicina não é necessariamente inimiga da morte.

No cuidado médico:

há uma obrigatoriedade, para cada pessoa, de se usar os meios ordinários ao seu alcance para promover a saúde. Mas não é obrigatório o uso de meios extraordinários quando não se tem mais chances de cura (PESSINI, 2001).

Várias perguntas devem ser renovadas sempre: até quando prolongar o inevitável? Ampliamos a vida ou prolongamos a morte? O possível é o eticamente correto?

A administração humana da morte é responsabilidade final mais exigente para o médico, que é convidado a reconhecer em seu paciente uma limitação inerente à ciência e à arte da Medicina: nossa condição de seres mortais e finitos (PESSINI, 2001, p.332).

Por fim devemos entender que

[...] inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que isso aconteça de uma forma digna, cuidadosa e menos dolorosa possível merece tanta prioridade quanto qualquer outra. Essa é a prioridade não somente para a profissão médica, para o setor de saúde ou para os

serviços sociais, mas para toda a sociedade (PESSINI, 2001, p.33).

O tema está em pauta para que repensemos nossos conceitos, valorizemos nossos doentes e possamos conceder-lhes um tratamento condizente com sua dignidade humana, para que os tenhamos não mais como doentes, mas como pacientes portadores de um valor humanitário fundamental, que nos põe hoje a discutir bioética e dignidade humana.

Referências bibliográficas

CONSELHO PERMANENTE DA CONFERÊNCIA EPISCOPAL DO CANADÁ. A eutanásia e o suicídio assistido. Posição católica no debate acerca de algumas emendas à constituição canadense. (Doc. de 26 de outubro de 1994). *L'Osservatore Romano*, n.9, 4 mar. 1995, p.4-6.

JOAO PAULO II. Carta encíclica *Evangelium Vitae* sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana (25/03/1995). *AAS*, v.137 (2/5/1995): p.401-552.

Edição em português: São Paulo: Loyola, 1995. 148p.

KOVÁCS, Maria Julia. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. Simpósio: Os limites da autonomia do paciente. *Bioética*. v.6, n.1, p.61-69, 1998.

LEONE, C. A criança, o adolescente e a autonomia. Simpósio: Os limites da autonomia do paciente. *Bioética*. v.6, n.1, p.51-54, 1998.

MARCHI, M.M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. Simpósio: Os limites da autonomia do paciente. *Bioética*. v.6, n.1, p.39-45, 1998.

PESSINI, Leocir. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2001. (Coleção Bioética em perspectiva, 2)

SCHRAMM, F.R. A autonomia difícil. Simpósio: Os limites da autonomia do paciente. *Bioética*. v.6, n.1, p.27-37, 1998.

PIERRE, Clarice *O doente terminal*. Disponível em: <<http://www.claricepierre.psc.br>>. Acesso em: 19.nov.2002.

DECLARAÇÃO DE VENEZA. Disponível em: <<http://www.direitomedico.hpg.ig.com.br/veneza.htm>>. Acesso em: 20.maio.2003.