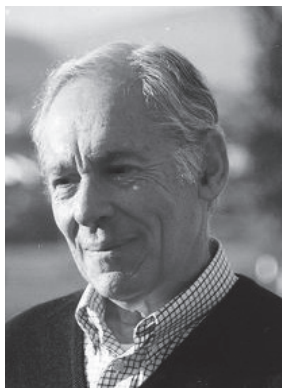


## A terminalidade da vida



### **José de Oliveira Ascensão**

Professor Catedrático da Faculdade de Direito de Lisboa. Presidente da Direção do Instituto dos Valores Mobiliários, da APDI – Associação Portuguesa de Direito Intelectual e da GESTAUTOR – Associação de Gestão Colectiva do Direito de Autor.

**SUMÁRIO:** 1. A vida: um valor em erosão progressiva? 2. A morte cerebral. 3. O estado de coma. 4. O estado vegetativo persistente. 5. A fase terminal. 6. A Resolução do Conselho Federal de Medicina e a impugnação do Ministério Público Federal. 7. A relevância do consentimento. 8. Limites da autonomia. 9. Consentimento por terceiros? 10. Parâmetros da decisão final do médico. 11. Os estados terminais de grande sofrimento. 12. Os cuidados paliativos.

### **1. A vida: um valor em erosão progressiva?**

**P**ropomo-nos examinar alguns problemas relacionados com o fim da vida humana.

A nossa análise é também uma análise jurídica. Por isso começamos por situar a vida nos diplomas jurídicos fundamentais. Estes proclamam a defesa da vida e do seu valor intrínseco.

A Constituição Federal propõe-se, logo em seu Preâmbulo, assegurar os valores duma sociedade fraterna. Para isso parte, no artigo 1º, III, da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado brasileiro.

No artigo 4º, II, afirma, nas relações internacionais, a prevalência dos direitos humanos.

O artigo 5º enumera os direitos fundamentais; mas logo no proêmio, portanto em posição privilegiada em relação aos direitos singularmente previstos, garante a todos direitos básicos. O primeiro é a inviolabilidade

do direito à vida, que prevalece assim sobre tudo o resto.

Isso não impede que a demarcação das fronteiras seja muitas vezes difícil de fixar.

A Emenda nº 45 da Constituição aditou um § 3º, segundo o qual os tratados sobre direitos humanos são equiparados a direitos fundamentais.

Esta orientação expande-se depois pela legislação ordinária. Exprime um profundo respeito em relação ao bem vida.

Mas não há absolutos no Direito. A vida também não o é.

O Direito tem de aceitar a relatividade da vida; bem como a verdade muito simples, mas que o dia a dia faz por ignorar, que no ponto de vista individual toda a vida é aproximação da morte. Por isso a vida humana é trágica – pelo menos enquanto não soubermos incorporar nela a realidade da morte.

No ponto de vista jurídico há uma conciliação dialética entre o valor vida e outras implicações sociais.

Nunca a vida é posta na disponibilidade individual; não é bem disponível, nesse sentido.

Mas há a guerra...

Há a legítima defesa...

Há as situações de estado de necessidade radicais, em que a salvação de um implica o sacrifício de outros...

Não se admite a exposição gratuita da vida, mas há um ponto que está além de toda a restrição: o sacrifício da própria vida por outrem. Representa a forma mais sublime de auto-realização ética.

Temos que entre o valor vida, incluindo a nossa própria, e o dever moral de servir os outros há uma dialética, que está presente em toda a nossa existência.

Fora destas implicações da solidariedade, a vida não é nem jurídica nem eticamente um bem disponível.

O respeito à vida é expresso maravilhosamente pelo Juramento de Hipócrates, lapidar na colocação de médico sempre ao serviço da vida e nunca contra ela.

Todavia, pesam hoje sobre a sociedade as maiores ameaças para a vida.

Amparam-se no crescimento exponencial da população. O malthusianismo insinua-se hoje nas mais variadas feições.

As tensões são agravadas pelo envelhecimento das populações noutros países, que invertem uma saudável pirâmide de idades.

Invoca-se a quebra dos esquemas previdenciários, fundados em sistemas de repartição ou outros, que hoje se mostram inoperantes.

É insuflado pela saturação dos sistemas de saúde pública, aos quais os utentes cada vez reclamam mais enquanto os governos querem afetar cada vez menos recursos, por se terem tornado ruinosos.

Tudo isto leva a uma nunca confessada mas subjacente vontade de afastar “vidas inú-

teis”, através do amolecimento das fronteiras do que representa já provocar a morte.

Mas o Homem é história e realização pessoal até ao último momento. A sua humanidade subsiste mesmo com a perda da consciência. Todo o homem é sempre um ser que participa do nosso destino e está em comunhão conosco.

## 2. A morte cerebral.

A primeira situação que merece ser meditada é a da morte cerebral.<sup>1</sup>

Tem a característica, impressionante para todo o leigo, de não importar a cessação das funções cardíaca e respiratória. Aparentemente, a pessoa está viva.

Diz-nos a Medicina porém que a pessoa está morta, quando as funções cerebrais cessam. Pode prolongar-se o estado de vida aparente, ligando a pessoa a uma máquina; pode acontecer até que se desligue a máquina e esse estado se prolongue ainda. Mas se é apenas vida aparente, não há pessoa viva.

Este prolongamento artificial pode arrastar-se muito. A isso se tem recorrido para com personalidades políticas, para evitar ou retardar conseqüências que se crêem negativas do seu passamento. Essas práticas são em geral eticamente condenáveis, por desrespeitarem a verdade da morte. Mas podem ser positivas: é o caso da manutenção artificial em relação a uma grávida, para dar mais probabilidades à formação de uma criança viável.<sup>2</sup>

Suscita-se nestas situações um problema específico, relacionado com a colheita de órgãos ou tecidos dos cadáveres. Enquanto a vida aparente persiste têm maior valor, porque não se põem problemas de conservação.

1 É o critério de morte vigente no Brasil, por força da Lei dos Transplantes. Sobre problemas que se suscitam cfr. Elida Séguin, *Biodireito*, 4. ed., Lumen Juris, 2005, p. 145-150.

2 Admite-se que haja outras situações igualmente justificativas dum prolongamento artificial desta vida aparente.

São por isso muito cobiçados, para efeito de transplantes. Mas será lícito colhê-los enquanto as funções cardíaca e respiratória se mantêm, para assegurar o bom estado de conservação dos tecidos, considerando que a morte já ocorreu?

A lógica levaria a dar uma resposta positiva. Se a pessoa está morta, a colheita dessas partes é como qualquer outra, sujeita aos mesmos princípios. Mas outras razões, além da lógica, levam-nos a que devamos ser aqui ultraprudentes.

Há uma indústria da morte, que é uma indústria milionária e em rápido crescimento. É social e economicamente potente e tem fácil acesso aos meios de comunicação social – como aliás se passa também com todas as indústrias da saúde.

Isto não altera os princípios, mas não pode deixar de se refletir na prática concreta. O princípio da prudência, que é um dos princípios fundamentais da Bioética, deve prevalecer. É necessário assegurar a intervenção dum entidade independente, não comprometida nem pessoal nem institucionalmente com aquela pesquisa, que comprove a morte cerebral. Uma atuação unicamente com base no juízo do interessado na colheita não deve ser admitida.

Além disso, muito grande será a tentação de esquecer as barreiras e colher os órgãos ou tecidos, não apenas de quem está morto (por morte cerebral) mas de quem *parece morto*.

### 3. O estado de coma.

O fato de alguém se encontrar em estado de coma – portanto por definição vivo, por não estar em morte cerebral – em nada altera a natureza humana. A pessoa mantém-se tal qual. A situação deve ser considerada sempre reversível; e ainda que a Medicina ditasse a irreversibilidade o paciente não se transformaria em objeto. A dignidade da pessoa humana mantém-se até ao fim.

Pode ser que a pessoa apenas subsista, aos olhos da Medicina, porque ligada a uma máquina. Mas isso também pode acontecer não estando o paciente em coma. Continua sempre a ser uma pessoa.

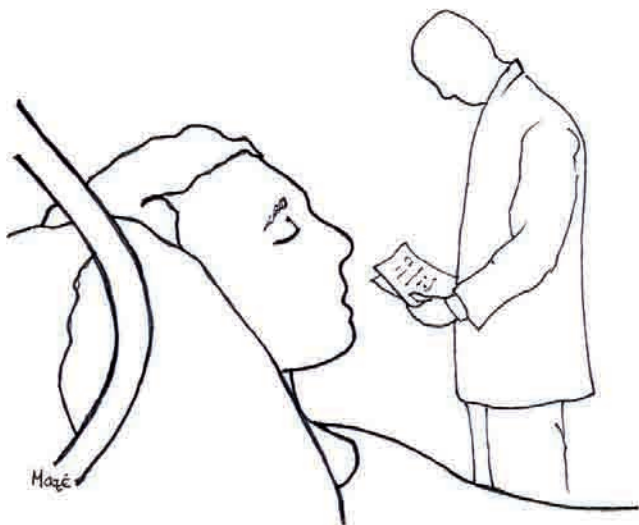
Podem surgir problemas, que versaremos aqui em geral, derivados da desproporção dos meios de tratamento, em relação a quantos deles carecem.

Suponhamos que um hospital só tem um dispositivo e surgem dois doentes que, ambos, dependem dele para a sobrevivência. Impõe-se uma escolha por parte do médico, dramática mas que não pode deixar de ser feita. Seguirá os critérios técnicos, as *leges artis* adequadas, também na escolha, mas em qualquer caso estará condenando uma pessoa à morte. E todavia, nada há que lhe reprovar.

E se a única máquina disponível está ocupada e ingressa um doente que dela precisa igualmente para sobreviver? Pode o médico mandar desligar a máquina, para a disponibilizar para o recém-vindo? Ainda que o faça por razões médicas que vamos supor fundadas, por exemplo, considerando que aquele tem maiores probabilidades de sobrevivência?

Poder-se-á dizer que beneficia então de uma causa de justificação, que seria o estado de necessidade. Ensina porém o Direito Penal que o valor da vida é qualitativo e não quantitativo; que não cede mesmo quando se sacrifica um número menor de pessoas para poupar maior número. A escolha humana traz sempre consigo, quando implica a perda de vida de outrem, a marca da ilicitude.

A questão nunca pode pois ser apresentada como resolvida por uma vida valer mais que outra, ou por razões quantitativas. Mas a atuação é eticamente legítima quando assente no princípio do mal menor, que é um princípio ético. O médico que procura reduzir o mal procede eticamente, sabendo-se que a doença e a morte são males. No caso, quando se orienta pelas maiores probabilidades de sobrevivência (a supor que as regras de



Deontologia lho permitam) cumpre a sua função.

No ponto de vista penal diremos que, se não há exclusão da ilicitude, haverá a da culpabilidade. Não pratica crime porque, ainda que haja falta de cumprimento dum dever, pelo menos não lhe pode ser assacada culpa.

São opções extremamente difíceis, mas em que se manifesta justamente toda a dignidade e densidade ética do múnus médico.

#### 4. O estado vegetativo persistente.

Neste estado o doente não está em coma. Está desperto, com períodos de sono. Mas não está consciente. Não responde a estímulos em geral mas pode exprimir algo, por exemplo, um esgar em reação à dor provocada.<sup>3</sup>

Raramente os doentes estão mais de 10 anos nesse estado. Muitos falecem entretanto. Em poucos casos os doentes recuperam. Nesta hipótese apresentam normalmente graves seqüelas. Num caso recente o doente recuperou ao fim dum período de mais de 20 anos, embora com seqüelas.

<sup>3</sup> Distingue-se ainda do *estado minimamente consciente*, em que o paciente apresenta alguma reação. Estas situações não se integram no tipo de terminalidade da vida que estamos a examinar.

Para continuar vivos carecem de alimentação.<sup>4</sup> Dependem de cuidados alheios. A família vai-se normalmente desinteressando e muitas vezes abandona-os. Não se sabe o que verdadeiramente se passa no seu íntimo, mas não se pode falar de sofrimento porque não têm consciência.

Sobrevindo uma ocorrência destas, há que iniciar sempre a alimentação/hidratação, até para confirmação do diagnóstico.

Ao fim de algum tempo, verificada a persistência, pôr-se-á a opção de cessar a hidratação – sabendo-se que daí resultará a morte? Não é a prática. Os gastos não são em si consideráveis, só os da ocupação do espaço e com os cuidados.<sup>5</sup>

O problema surge quando se discute a aplicação ou a prossecução de cuidados médicos a um doente que se encontra longamente em estado vegetativo.

Por exemplo: justifica-se a realização duma intervenção cirúrgica grave sobre um doente nesse estado, se sobrevier patologia que o requeira?

Afastamos tudo o que possa representar tratamento fútil – categoria que teremos oportunidade de referir mais tarde; e aí a obstinação terapêutica, consistente em procurar sempre reparar o que para as forças humanas é irreparável.

Façamos a distinção entre tratamentos ordinários e extraordinários, porque nos dá uma idéia, por mais difícil que seja traçar a linha de fronteira.

Tende-se a considerar que submeter um doente nessas condições a intervenções extraordinárias equívale a lesar a integridade física, pela falta de perspectiva de cura ou de proveito para o paciente. Pelo que se tende a concluir que eticamente o médico se deve abster.

<sup>4</sup> Mas a alimentação é praticamente hidratação, porque não têm condições de engolir.

<sup>5</sup> O que só seria relevante num caso verdadeiramente extremo de limitação de recursos públicos para afetação à saúde, que se não admite já nas sociedades em que vivemos.

Há porém que ser extremamente preciso na distinção dos casos, para não omitir tudo o que possa pelo menos dar a expectativa de uma existência com melhor qualidade de vida.

Aqui como sempre, a Ética aplica-se em concreto, perante as circunstâncias. A deficiência de meios é uma ocorrência que pode explicar a falta de intervenção. Mas não pode transformar-se em escusa fácil para toda a omissão. Tudo o que puder melhorar a condição do paciente – o que se chama a qualidade de vida – é devido. O que não tiver essa perspectiva ou for desproporcionado pela agressão a que sujeita em confronto com o benefício que daí possa resultar, é fútil.

Situação especial encontra-se na hipótese de haver manifestação autônoma sobre o tipo de cuidados a ministrar.

Por parte do doente, não pode por natureza haver manifestação atual. A hipótese de haver manifestação anterior será muito rara. Remetemos a questão geral do consentimento para o que diremos a propósito de outros estados terminais.

Pode haver também intervenção familiar. Cabe ao médico procurar quanto possível a colaboração com a família; esta pode pronunciar-se a favor ou contra a limitação ou cessação de tratamentos.

Temos como princípio básico que a família não se pode substituir ao doente. A família não o representa, exceto em casos de incapacidade, mas mesmo então sempre no interesse do doente.

Isto significa que o médico não fica vinculado pela posição que a família adote, mesmo que esta seja unânime. Ele decidirá no fim o que considera o bem do doente, dentro do correspondente às *leges artis*. Se a posição familiar for no sentido da limitação ou interrupção de tratamentos o médico estará ainda atento à possibilidade de essa posição não ser ditada pelo bem do doente mas por interesses sucessórios, ou pelo desejo de se

livrar daquele fardo<sup>6</sup> ou por não saber o que fazer com o doente se for colocado aos seus cuidados.

A posição da família pode ser no sentido da prossecução dos tratamentos. Deverá ser ouvida, mas não pode constranger o médico a empreender tratamentos fúteis,<sup>7</sup> contrários às *leges artis*. O recurso a comissões de ética independentes é com frequência a via de solução.

O que parece importante é manter em todo o processo o máximo de colaboração possível com a família, com a consciência de que ela própria deve ser objeto de acompanhamento e atenção.

Observe-se ainda um pormenor significativo: no Norte da Europa as interrupções de hidratação são muito mais frequentes que no Sul, o que se não deve decerto a maior escassez de recursos.

## 5. A fase terminal.

Há ainda que encarar a situação dos pacientes terminais. É independente de o doente se encontrar em estado vegetativo persistente, mas pode estar em coma. Se o não estiver, supõe-se consciente, mesmo que a consciência esteja reduzida. O diagnóstico é o de não haver nenhuma probabilidade de recuperação. O doente está na fase terminal.

Também aqui é necessário agir com humildade e prudência. Há sempre a possibilidade de erro de diagnóstico, de evolução fora de toda a normalidade, de superveniência de novos métodos de tratamento...

Em todo o caso, se o diagnóstico for fiável, as probabilidades de recuperação seriam sempre baixíssimas.

6 O próprio médico e pessoal hospitalar não estão imunes a essa tentação.

7 As hipóteses de divergência entre os médicos e a família são determinadamente contempladas no Parecer do CNE-CV (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Portugal) sobre “Estado Vegetativo Persistente”, Lisboa, 2005.

A medicina tem hoje recursos para fazer prolongar a vida humana quase indefinidamente. Assim se tem feito com personalidades políticas.<sup>8</sup> Mas há então algo que impressiona, porque tem o sentido de se procurar negar a condição humana.

A pergunta que se coloca nestes casos está fora da hipótese de eutanásia, sempre condenável como atentado contra a vida.<sup>9</sup> Pergunta-se se é lícito cessar então os tratamentos, chamados extraordinários (ou que não sejam secundários ou paliativos) com a consequência previsível de resultar daí o desenlace ou pelo menos a antecipação deste.

A atitude a tomar perante os doentes terminais é hoje muito discutida e está na ordem do dia no Brasil. Não podemos entrar nela dissociando-a do quadro da “cultura de morte” que nos rodeia, em que o pragmatismo produtivista e o hedonismo dos que estão no auge da força se combinam tacitamente na eliminação dos elementos que não servem já para fazer funcionar o ciclo de produção e consumo.

Há que distinguir situações, pois cremos que a indistinção das várias figuras é muito nociva ao afinamento das idéias.

Estará em causa a limitação ou cessação de tratamentos extraordinários, destinados a prolongar a vida do doente terminal. A consequência natural desta omissão seria abreviar a morte do doente. Fala-se em *eutanásia passiva*, mas a expressão é de rejeitar porque cria nefasta confusão com a figura da eutanásia, que deve ser reservada para uma

forma ativa de provocar a morte.

Também se lhe chama *ortotanásia*, termo que não sofre do mesmo defeito. Contrapõe-se à *distanásia*, que equivaleria ao encarniçamento terapêutico, que poderá retardar mas não afasta o percurso anunciado da morte.<sup>10</sup>

A ortotanásia consistiria em suspender os tratamentos extraordinários, mantendo apenas os secundários, a alimentação e os cuidados paliativos – contra a dor, por exemplo. Discute-se no Brasil se está compreendida na previsão do homicídio, por o artigo 13 do Código Penal caracterizar este como causar a morte de outrem por ação ou omissão.

Vamos abstrair de anteprojetos legislativos, mesmo os referentes ao Código Penal e concentramo-nos numa polémica recente.

## 6. A Resolução do Conselho Federal de Medicina e a impugnação do Ministério Público Federal.

A Resolução nº 1.805/2006, de 9 de Novembro, do CFM – Conselho Federal de Medicina,<sup>11</sup> dispõe:

Na fase terminal de doenças graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva duma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou do seu representante legal.

Esta Resolução foi contestada pelo Ministério Público Federal, através da Procuradoria dos Direitos do Cidadão. Não tendo não obstante a Resolução sido alterada, o

8 Teria sido já o caso, ao que se diz, com o imperador Hirohito do Japão.

9 A justificação corrente da eutanásia, como exercício da autodeterminação, pressupõe que a autodeterminação é um fim em si mesma, que tudo justifica, o que não é verdade. Por outro lado, apenas abrange uma modalidade, a eutanásia a pedido: a eutanásia por iniciativa alheia, mesmo que por piedade, é sempre um crime contra a vida; e é-o no máximo grau contra a autodeterminação alheia, ainda que se encontrem atenuantes. Sobre as várias situações cfr. *Euthanasia – I – Ethical and Human Aspects*, Conselho da Europa, 2003, p. 3; aí nomeadamente Göran Hermerén, *The debate about dignity*, p. 37-57.

10 Cfr. Léo Pessini – Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira, in *Grandes Temas da Atualidade. Bioética e Biodireito*, coord. Eduardo de Oliveira Leite, Forense, 2004, p. 251.

11 Publicada no D.O.U. de 28 de Novembro.

Ministério Público intentou ação civil pública, em 9 de Maio de 2007.

A petição, lavrada aliás em estilo pouco habitual em documentos desta ordem, tem vários fundamentos. Antes de mais, a falta de competência do Conselho Federal de Medicina como a entidade reguladora da matéria. É questão em que não pretendemos entrar, mas não ocultamos que nos impressiona esta espécie de para-legislação, em que setores verdadeiramente fundamentais da ordem jurídica brasileira são regulados por entidades diferentes das que se diria que constitucionalmente seriam as competentes para tal.

Mas o Ministério Público impugna também longamente o estatuído na Resolução, considerando-o violador da Constituição e do Código Penal.

Representará a omissão ou cessação de tratamento do doente terminal, seguida da morte deste, um crime de homicídio?

A resposta positiva está generalizada. A Ordem dos Advogados do Brasil, no caso paralelo da cessação de cuidados a doentes em estado vegetativo persistente, considerou ser um caso de homicídio por essa exceção não estar prevista.<sup>12</sup>

O fundamento, como dissemos, estaria no artigo 13 do Código Penal, que no seu proêmio equipara à ação a omissão sem a qual o evento não teria ocorrido.

Não há previsão específica sobre esta matéria, nem a propósito do homicídio nem noutra lugar da Parte Especial.

Dissocio-me desta doutrina dominante. A isto me conduzem os princípios gerais de interpretação da lei.

O artigo 13 do Código Penal especifica no § 2º os pressupostos da relevância da omissão. Esta só releva quando o agente podia e devia atuar.

Requer-se pois um *dever de atuar*. Este existe, nos termos da alínea *a*, quando

o agente “tinha por lei” esse dever.

Na situação que nos ocupa, há pois que indagar se o médico tem por lei o dever de prosseguir sempre os tratamentos primários, mesmo quando traumatizantes, se a morte se apresenta em qualquer caso como inevitável.

Não há lei específica sobre a matéria. A conduta do médico terá então de ser determinada pelas *leges artis*.

O que estas estabelecem não é seguramente o dever de curar, que negaria a morte e a irredutibilidade de muitas doenças.

Não é também o dever de retardar por todas as formas a morte, provocando ou prolongando a agonia, fora de toda a esperança.

O dever é o de evitar a morte se possível: não o sendo, acompanhar o paciente terminal até ao fim, eliminando ou limitando o sofrimento, porque o sofrimento é em si um mal, embora possa ser sublimado pela sua aceitação individual.

Isto significa, no que respeita à posição do médico, que não recai sobre ele um dever cego de tratar em qualquer caso. Prevalece um outro dever, que é o de evitar o procedimento fútil ou a obstinação terapêutica, a que o médico está eticamente vinculado. As atuações com um fim de cura tornam-se então desproporcionadas, justificando-se apenas tratamentos secundários ou paliativos que beneficiem quanto possível o estado do doente na fase terminal.

Daqui resulta que o médico que assim procede não viola nenhum dever de agir, médico ou de qualquer outra fonte. Não se preenchem os pressupostos jurídicos da omissão penal. Consequentemente, nunca lhe poderia ser imputado o crime de homicídio.

Porém, se a conduta prevista na Resolução do Conselho Federal de Medicina não suscita em si objeção essencial, já a maneira como vem articulada merece grandes reservas.

A limitação ou suspensão de “procedimentos ou tratamentos que prolonguem a vida

<sup>12</sup> Não possuímos esta declaração.

do doente em fase terminal, de doença grave e incurável” é apresentada como uma faculdade de médico (art. 1º).

Está apenas condicionada à obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação (§ 1º).<sup>13</sup>

Ao doente ou a representante legal só restaria o direito de solicitar uma segunda opinião médica (§ 3º).

Há uma contradição: enquanto no *caput* ou proêmio se manda respeitar a vontade da pessoa ou do seu representante legal, dos §§ resulta que a decisão seria exclusivamente médica – seria um ato médico.

A conciliação poderia procurar-se distinguindo a decisão de suspender ou limitar os tratamentos emanada do doente ou do seu representante, que seria obrigatoriamente seguida pelo médico, e a oposição a tal suspensão ou limitação, que já não seria vinculativa. Mas se assim se consegue alguma conciliação formal, o resultado seria sempre paradoxal e injustificado.

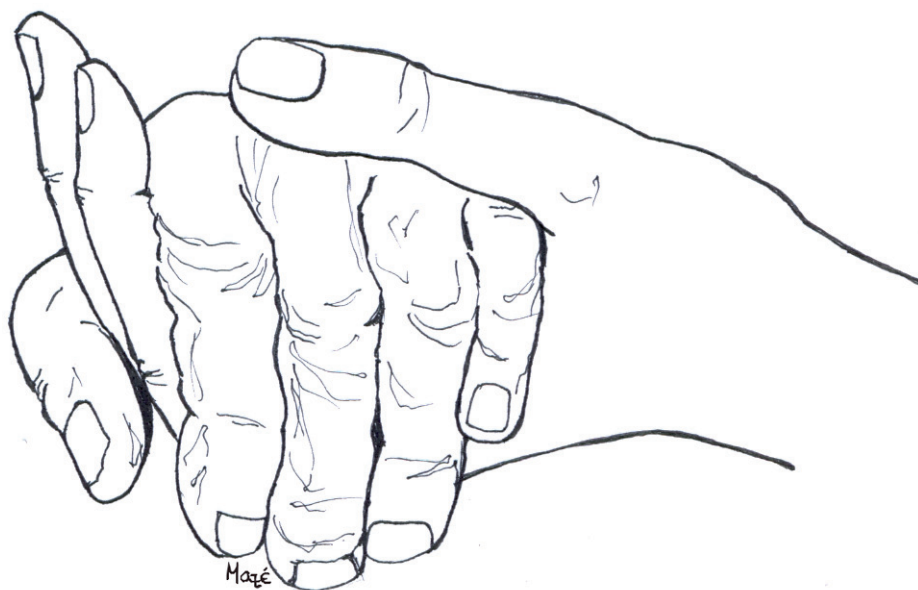
Resulta que o sistema estabelecido é de todo o modo inaceitável.

Pressupõe uma decisão monocrática do médico, a que apenas eventualmente aderiria uma segunda opinião médica.

É necessário muito mais do que isso. Tem de haver um sistema de controlo, dados os perigos irreversíveis que podem resultar

desta prática. Há a eventualidade sempre presente do erro médico, a que acresce a possibilidade de desvio da finalidade médica, para desoneração dos encargos de saúde. Recorde-se o que dissemos inicialmente, sobre as ameaças para a vida na fase terminal e sobre a cultura de morte.

Esta decisão pressupõe sempre a intervenção doutra entidade que seja incontestavelmente independente, até no plano institucional, de quem emitiu a primeira opinião. Isso está de todo ausente desta Resolução.



Como se disse, o Ministério Público intentou ação civil pública tendo por fim a revogação da Resolução. Alternativamente pede porém o estabelecimento de critérios, com intervenção duma equipa inter-disciplinar. Pede ainda o controlo prévio do Ministério Público e do Judiciário sobre os pedidos emanados dos pacientes ou dos seus representantes legais. Usa-se mesmo a frase “todos considerados juridicamente incapazes”.

Independentemente de aspectos ligados ao consentimento, que consideraremos a seguir, a estruturação dum sistema que assegure a fidedignidade desta prática é indispensável. É um ponto nuclear de defesa da vida,

<sup>13</sup> A decisão deverá ser fundamentada e registada no prontuário (§ 2º).

em que são necessárias garantias. Corre-se o grande risco de a invocação de princípios em si corretos vir a disfarçar afinal uma espécie de eutanásia social, um mecanismo regulador da disponibilidade de leitos em hospitais, ou ainda uma cobertura pseudo-ética para a inércia.

## 7. A relevância do consentimento.

As decisões fundamentais médicas, no que respeita à limitação ou cessação de tratamentos a doentes, quando dessa omissão resultará previsivelmente a morte, são situações de extrema gravidade.

Não parece admissível que, salvo emergência, sejam tomadas isoladamente por um médico. Eticamente, deveriam ser tomadas ou referendadas por uma entidade independente.

Por outro lado, deveriam basear-se, sempre que possível, no consentimento informado do paciente ou da família deste.

Não nos propomos, nem caberia nos limites deste trabalho, versar especificamente a matéria do consentimento. Mas este tem de estar constantemente presente nesta matéria.

Há que estar bem consciente que o consentimento que se requer é o consentimento informado. Por isso, o médico deve usar todos os meios ao seu dispor para esclarecer o doente, bem como, caso possível, a família deste.

Isso posto, haverá que distinguir o consentimento do doente comum e o consentimento daquele que está internado – e ainda mais particularmente, do internado em estado terminal.

Pode fazer-se uma aproximação com o que se passa quando a pessoa se encontra em situação normal, ou seja, não terminal. Pode recusar um tratamento, uma intervenção cirúrgica, por exemplo. Mas não há que levar muito longe esta analogia, porque aqui a situação é muito mais grave. No estado terminal a recusa de tratamentos não altera o desfecho, enquanto que a mesma recusa por

não terminais pode pôr efetivamente a vida em jogo.<sup>14</sup>

Por outro lado, o internamento hospitalar cria uma circunstância nova, que influi sobre as pessoas e obriga a julgar a uma nova luz as manifestações de vontade.

É que a situação de dependência e impotência em que se vê caído o doente, arrancado ao seu meio e sujeito a critérios alheios, influi poderosamente sobre as manifestações de vontade. Tudo isso tem de ser tomado na devida conta no que respeita à validade daquele consentimento.

Consideremos, antes de mais, o consentimento prestado pelo próprio. Será lícito ao próprio, em estado terminal, determinar que cessem os tratamentos, reduzindo-se tudo à manutenção mínima?<sup>15</sup>

A pergunta tem a sua raiz na circunstância de o doente em estado terminal ser sempre uma pessoa, e como tal autônoma. Teria em qualquer caso de ser acompanhado, com esclarecimento cabal da situação. Nomeadamente, a família e os próximos devem ser ouvidos. Mas o que fazer, se no final mantém a decisão sobre a recusa de tratamentos?

Se a decisão é tomada com toda a consciência, essa decisão deve ser seguida, porque a “cura” não é imposta. Aqui, aliás, nem teria já o sentido de *cura*, uma vez que qualquer intervenção pode eliminar isoladamente um mal, mas traz o seu próprio gravame sobre o paciente e em conjunto não melhora a situação de saúde nem altera o estado terminal do paciente. Não lhe traz melhoria.

Por outro lado, há a questão do destinatário da manifestação de vontade no sentido da cessação ou limitação dos tratamentos. Se

14 Lembremo-nos de hipóteses de recusa de transfusões de sangue. As reações vão desde a observância direta da vontade do paciente à ministração forçada ou desde que ele esteja inconsciente. Nada se ganha em confundir as duas situações.

15 E a cuidados paliativos, como a ministração de analgésicos. Mas mesmo esses pode o paciente recusar, criando-se então problemas particulares.

puser previsivelmente termo à vida, é grave demais para que possa ser dirigida a um médico apenas. Como dissemos, há que fazer intervir uma entidade independente, a quem incumbe assegurar-se da informação prestada, da atualidade e genuidade da manifestação e de todos os outros aspectos relevantes, à luz de critérios éticos.

## 8. Limites da autonomia.

Mas voltemos à autonomia – ou, como seria preferível dizer, autodeterminação. A autodeterminação permite fixar o que queremos para nós próprios. Mas a autodeterminação não é um absoluto. Assim como nem tudo nos é permitido, também nem tudo pode ser determinado para que os outros façam. Não pode justificar a prática de atos cujo sentido seja provocar diretamente a morte, porque isso cairia na eutanásia a pedido, com o desvalor e os riscos inerentes, que é vedada ética e juridicamente.

A vontade expressa em situações terminais tem também de ser encarada com muita prudência. Uma vontade de morrer pode exprimir apenas a situação de desespero ou a depressão provocada pela irremediabilidade da doença e pelo abandono a que o paciente esteja (ou se sinta) votado. Há que ter toda a finura para concluir pela genuinidade da vontade expressa.

Este aspeto, que é da maior importância, ultrapassa muito a cessação dos tratamentos em estado terminal. Abrange todos os pedidos que conduzam à morte – a eutanásia a pedido ou o pedido de auxílio ao suicídio. Em vez do exercício genuíno da autodeterminação há com frequência apenas o reflexo numa situação de extrema vulnerabilidade psicológica e circunstancial, que pode ser totalmente diversa do que corresponderia à estrutura mental do paciente.

E se a pessoa não estiver já consciente? Pode ter determinado antes como desejaria ser tratado se porventura estivesse nessa situação.

Temos aqui a questão dos chamados *testamentos vitais*. Impropriamente chamados, apressamo-nos a observar desde já, porque de nenhum testamento se trata: o testamento só valeria depois da morte, enquanto que esta vontade é expressa para operar ainda em vida, em situações de terminalidade ou quando uma manifestação de vontade não for efetivamente possível.

Este é outro tema, que não podemos desenvolver aqui. Ainda é uma manifestação de autodeterminação, que não vemos por que não deveria ser aceite. A validade depende do conteúdo, evidentemente, mas se a vontade for a de a pessoa não ser sujeita a tratamentos que apenas prolonguem o estado terminal, não vemos diferença de uma declaração atual de vontade.

Tem de se fazer uma prova rigorosa da autenticidade da declaração que seja apresentada, sem que isso implique uma formalização.

Outro aspecto muito importante está na *atualidade* da declaração. O fato de ter sido manifestada uma vontade no passado não significa que, aqui e agora, a vontade da pessoa “incompetente”<sup>16</sup> fosse ainda a mesma. É muito importante recorrer ao testemunho de familiares e outras pessoas próximas que garantam a permanência da vontade.

A Lei francesa nº 2005/370, de 22 de Abril, no artigo 7º, mandou inserir no Código da Saúde Pública um preceito que exige que essas diretrizes tenham sido escritas menos de três anos antes da inconsciência da pessoa. Parece-nos formalização demasiada. O que é necessário é uma prova convincente.

Mas se não se lograr uma prova convincente não há que tomar em conta a declaração de vontade, porque se não trata já de válida autodeterminação.

16 No sentido impróprio em que se usa a palavra em Biomedicina, para exprimir o que está incapacitado de exprimir consentimento fidedigno. Ninguém pode prever antecipadamente como reagiria em estado terminal.

Se a vontade é no sentido da cessação das intervenções com o sentido de cura e se verificam realmente as condições que permitem qualificá-las como fúteis, a vontade deve ser seguida. Se é negativa, o médico toma-la-á em conta, dentro da margem de manobra disponível, mas não pode ser obrigado a praticar atos que, em consciência, prolongam a agonia e são contrários às *leges artis*.

Pensamos que a chave deste delicadíssimo ponto de encontro de várias vertentes pode ser expressa pelo lema que foi difundido pela Igreja de França em 2001: “Accepter la mort, maintenir les soins auprès du malade”. Antes de mais, é a aceitação da nossa condição humana, da nossa qualidade de mortais, muito naturalmente. Diz-se textualmente que seria desumano procurar prolongar as agonias. De fato, seria a manutenção dum sofrimento que resultaria já de uma intervenção *contra natura* do homem.

Por isso, a Igreja de França, seguindo aliás orientação que vem já de Pio XII, não levantou obstáculos ao projeto de diploma donde resultou a referida Lei nº 2005/370, de 22 de Abril, relativa aos direitos dos doentes e ao fim da vida.

## 9. Consentimento por terceiros?

Pode o consentimento ser prestado por terceiros?

A referida Resolução CFM nº 1.805/2006, de 29 de Novembro, prevê: “... respeitada a vontade da pessoa *ou de seu representante legal*” (art. 1º/ proêmio). No § 2º prevê a obrigação de o médico esclarecer ao doente *ou a seu representante legal* as modalidades terapêuticas adequadas. No § 3º assegura ao doente *ou a seu representante legal* o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Quem é este “representante legal”?

Em sentido técnico, suporia uma situação de incapacidade juridicamente declarada e a designação dum representante. É mais

que duvidoso que sejam apenas essas situações que estejam contempladas. Até porque o dever de informação e esclarecimento, constante do artigo 1º, § 1º, abrange os familiares e próximos em geral, e não apenas as situações relativamente menos frequentes em que haja incapacidade e designação formal de representante.

Poderá estar incluída nesta categoria a pessoa de confiança a quem foi confiada a vontade do paciente, embora a expressão “representante legal” não a abranja diretamente?

Pensamos que sim, até porque de uma Resolução do Conselho Federal de Medicina não é de esperar um aperfeiçoamento jurídico particular. É uma figura muito frequente em países estrangeiros. Com todas as cautelas, pode realmente concluir-se que a um amigo mais próximo foi confiada a vontade válida para esse momento terminal.

Mas atenção: a pessoa de confiança não tem legitimidade para elaborar a vontade que será imputada ao paciente terminal. Em termos técnicos ele não é sequer um representante: é um *núncio*, ou seja, é pessoa que tem a mera função de transmitir uma vontade formada pelo paciente, tal qual como por este lhe foi transmitida. Vale apenas como depositário da vontade. Por isso a prova da veracidade e fidedignidade é ainda mais severa. Nomeadamente, não podem deixar de ser ouvidos os familiares. E, em qualquer caso, ainda ocorre a subsequente verificação da atualidade daquele querer.

Voltemos então ao “representante legal”. Excluída a “pessoa de confiança” (embora esta deva ter a intervenção que assinalamos) quem pode estar compreendido?

Não há que afastar o representante legal em sentido técnico. Este abrange o titular do poder paternal, os tutores e também, dada a imprecisão da Resolução, deve abranger os curadores, pelo menos nalguns casos.

Mas a situação destas várias entidades não é sempre a mesma. Há que distinguir

profundamente os pais e as restantes categorias.

Os pais têm uma posição privilegiada. A presunção de que atuam no interesse do menor é muito forte. Por isso, a sua decisão é tomada como decisão do próprio menor, mesmo que não seja vinculante.

Não se esqueça porém nunca que o representante, por definição, age *no interesse do representado* e não no seu próprio interesse. Por isso, esta presunção cede se houver razões que levem a crer que mesmo os pais possam estar a agir fora do sentido funcional dos seus poderes.

No que respeita aos outros representantes, já o médico está numa posição de maior liberdade e, em contrapartida, com maior responsabilidade. Terá de verificar se se orientam ou não pela preocupação do interesse do menor. Aí, a importância de ouvir os restantes membros da família é muito maior. A observância da posição do curador será mesmo nula quando este esteja circunscrito às situações patrimoniais do curatelado, como acontece em relação aos pródigos.

E nisto, qual a posição da família?

A Resolução do Conselho Federal de Medicina não refere sequer a família. E efetivamente a família não se pode substituir nunca ao paciente e exprimir uma vontade que valha juridicamente como a dele.

Mas se não se pode substituir deve pelo contrário ser sempre ouvida, para esclarecer a vontade, histórica ou atual, ou para trazer outros elementos de informação. E deve ser quanto possível incluída na decisão, sentindo-se participante e responsável por aquele ato.

As situações podem ser muito diferentes. Pode o cônjuge ser o elemento decisivo – e pode ser o contrário. Isto impõe as maiores cautelas, pois a família pode estar mais interessada em desenvencilhar-se dum elemento que lhe pesa ou na abertura da sucessão.

O direito de solicitar uma segunda opinião médica deve caber a todo o elemento da família, mesmo não tendo maioria. Mas nunca os membros da família, como tal, podem exprimir uma vontade vinculativa de limitação ou suspensão dos tratamentos.

Diríamos que a família acaba por desempenhar uma função mais relevante para se opor à cessação ou limitação dos tratamentos do que para os fundamentar.<sup>17</sup> Se exprime a vontade de que esses tratamentos cessem ou se limitem já serve só de elemento de informação e ponderação.

O médico tem, na previsão expressa do artigo 1º, § 1º, da Resolução, a obrigação de esclarecer – obrigação que, como vimos, se refere também aos familiares.

Pode não haver ninguém para esclarecer, situação que examinaremos no número seguinte.

Se houver, a obrigação do médico é antes de mais a de dialogar – o que infelizmente muitas vezes não se faz. O diálogo traz pelo menos a oportunidade ao médico de se esclarecer ele próprio, granjeando elementos para uma decisão ponderada.



17 Em qualquer caso, por mais relevante, não é por si determinante.

O acordo entre médicos e familiares é possível, mesmo partindo de posições divergentes, porque não há apenas uma posição matematicamente correta, em geral. Pode assim pelo diálogo chegar-se a um ponto de concordância, dentro da margem opcional existente. Pelo menos por algum tempo.

E se não chegar nunca a acordo?

### **10. Parâmetros da decisão final do médico.**

O médico está vinculado a abster-se de praticar tratamentos contra a vontade esclarecida do paciente. Assim acontecerá também se essa vontade lhe for transmitida de modo fidedigno por pessoa de confiança, vencidas as questões de prova.

Está vinculado também se for essa a vontade dos pais, quando não houver dúvidas quanto a estes agirem no interesse do menor; e ouvido o próprio menor, se tiver desenvolvimento mental para tanto.

No que respeita a outros familiares o médico deve tomar em conta a opção destes pela abstenção de tratamentos, antes de mais tratando-se de filhos e do cônjuge, em princípio; mas já não há uma vinculação direta, mas apenas uma indicação importante. O que significa que há uma margem em que o médico pode ir contra a posição de pessoas qualificadas que falem pelo doente.

A Resolução do CFM, no seu artigo 1º, dispõe: "... respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal". Do que dissemos resulta que a vontade da pessoa deve ser respeitada, mas o único representante legal cuja vontade se impõe ao médico são os pais (e mesmo então com reservas). Nos outros casos, o médico não está vinculado.

E se a posição destas pessoas for, pelo contrário, no sentido da prossecução dos tratamentos? Admite-se um espaço de manobra, em que se busque uma conciliação de posições. Poderá haver ainda acordo quanto

às "modalidades terapêuticas adequadas", na linguagem da Resolução.

E se o dissenso se mantiver?

Há um limite, que o médico não pode transpor por razões deontológicas e éticas: é o dos tratamentos fúteis ou da obstinação terapêutica. Esse limite poderá ser fixado mais além ou mais aquém, mas existe; transpô-lo seria sempre condenável, por melhores que sejam as intenções. E seria angelismo supor que só há as melhores intenções: a prossecução de tratamentos custosos com os meios sofisticados hoje existentes representa uma copiosa fonte de rendimentos quando aplicada a quem esteja em condições de os pagar.<sup>18</sup>

Mas representaria a imposição de grandes sacrifícios ao doente. Ora o sacrifício deixa de basear-se em indicação médica se não é compensado por resultados; ou se é desproporcionado, quando os resultados que se podem obter o não compensam.

O médico tem, seguramente, o dever de evitar estas situações.

Configura-se então a hipótese de o médico, sozinho, ou até contra a opinião dos mais próximos do paciente, decidir suspender os tratamentos.

Perante essa grave decisão, a Resolução só prevê uma defesa do doente ou seu representante legal: o direito de solicitar uma segunda opinião.

É muito pouco. Desde logo, parece claro que o próprio médico pode igualmente pedir uma segunda opinião, particularmente em caso de divergência com a posição do doente ou da família.

Já dissemos também que qualquer membro da família o pode fazer – desde que tenha ligação efetiva ao doente. Este aspecto deveria constar com clareza da lei.

<sup>18</sup> Para o Prof. Daniel Serrão, cientista português de cúpula neste domínio, reconhecido o estado terminal, toda a intervenção curativa é fútil. E adverte que a obsessão curativa abre o caminho para a eutanásia.

Mas há situações de doentes que não têm nenhum acompanhamento familiar; e em qualquer caso a limitação dos meios de defesa ao pedido de segunda opinião está muito longe de corresponder à gravidade do que está em jogo.

Como dissemos, uma decisão de suspender ou limitar os tratamentos deveria sempre ser comprovada por uma entidade independente. E a independência deve ser tomada mesmo a sério: não basta que esse médico pertença ao Conselho de ética ou a outra equipa do mesmo hospital. Deveria haver uma entidade, sem qualquer aparência sequer de vínculos pessoais com a primeira, a quem coubesse intervir nessa situação.

Nada disto é excessivo. É o indispensável para que se preserve realmente a dignidade da pessoa humana na fase terminal.

Há que dar realidade ao princípio que o doente terminal não é uma excrescência, um galho seco que importa arrancar; é um NÓS; é um ser com quem comungamos até final.

## 11. Os estados terminais de grande sofrimento.

Os estados terminais podem ser acompanhados de grande sofrimento. Assim acontece por exemplo em ocorrências oncológicas.

As situações de sofrimento não são exclusivas dos estados terminais. Mas nestes têm sido particularmente discutidas. E são normalmente utilizadas para a defesa da eutanásia a pedido.

Mas reecemos que assim estejamos



a afastar-nos da essência da questão. Se a questão é combater a dor, é este combate que deve colocar-se em primeiro plano.

Hoje há meios que nos levam cada vez mais longe no combate à dor. A aplicação de drogas fortes como a morfina faz-se aliás de há longos anos e estudos médicos revelam que o uso da morfina para combater a dor não cria dependência psicológica.<sup>19</sup>

A eutanásia é uma fuga à questão. Como escreve Daniel Serrão: “A eutanásia não é a solução do problema do sofrimento, é a destruição do sofredor”.

Tratar corretamente o sofrimento não é *soft* eutanásia. É pelo contrário a consumação do plano de Hipócrates, de defender a vida até ao fim, mas colocando o Homem como a justificação última.

Neste caminho, pode chegar-se a uma encruzilhada. Há medicamentos ou substâncias que em si são tóxicos mas que podem ser usados com êxito para aliviar o sofrimento.

19 Cfr. Eduardo Bruno da Costa, *Atitudes médicas perante o fim da vida*, in Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Actas do III Seminário: Ética da Vida, Lisboa, 1996, p. 105-120 (p. 108-110).

Não se podem fazer análises sectoriais. O que interessa é o efeito global sobre o doente terminal. Se deste modo se contribui para humanizar o estado terminal o efeito é intrinsecamente positivo e não suscita objeção ética.<sup>20</sup> Não há autodestruição, há a resposta adequada à gravidade da situação terminal em que o doente se encontra.

De fato, há que não esquecer que no centro das nossas preocupações deve estar o doente e não a doença. Ele é o protagonista: assim, todos os esforços se devem fazer para o acompanhar.

Se enfocamos a Medicina na doença e não no doente tendemos a colocar em segundo plano o sofrimento; vimos já o que acontece com os tratamentos traumatizantes e fúteis, que combatem doenças sem em absoluto nada aproveitar ao doente. Assim, acabamos por esquecer que o sofrimento é também doença e aliviá-lo é ainda ato médico.

Mas justamente porque colocamos o doente em primeiro plano, tudo o que dissemos tem de ser conjugado com outra vertente de valor ético mais alto.

O combate à dor não pode ser identificado com a destruição antecipada do doente terminal, tornando-o inconsciente e incapaz de viver os seus momentos finais. Anestesiá-lo pode ser a maneira mais cômoda de todos os que seriam chamados a participar, incluindo a própria instituição, se desembaraçar agilmente do dever de o acompanhar; mas não é a mais humana e portanto não é a que a Ética impõe.

A vontade do paciente de manter a consciência nesses momentos, mesmo afrontando a dor, tem de ser rigorosamente cumprida. É um dos pontos em que o consentimento do

doente impera, porque há um aspecto espiritual que se sobrepõe.

Generalizando, diremos que mesmo no combate à dor há que não considerar o doente apenas como um objeto. Há que manter, em tudo o que for possível, a consciência. E é imperativo fazê-lo se essa for a vontade, expressa ou presumível, do doente.

## 12. Os cuidados paliativos.

Chegamos assim à soleira da grande problemática dos cuidados paliativos.

A pessoa não perde nunca a sua dignidade intrínseca; por isso não pode ser nunca abandonada. Mesmo que se encontre em estado considerado terminal e não haja nenhuma perspectiva de cura deve continuar sempre a ser acompanhada médica e espiritualmente.

O artigo 2º da Resolução do CFM nº 1.805/2006 toca aspectos essenciais:

Art. 2º. O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito de alta hospitalar.

Sem discutirmos o que há de programático nesta previsão e tendo consciência da rudeza com que a realidade dela se afasta, é bom que se aponte para estes aspectos, que são muito importantes.

Está em causa o doente em estado terminal. Antes de mais há que ocorrer ao imediato: se há dor, há que combatê-la. É função médica aliviar ao máximo o sofrimento, porque a função médica não é só curar.

É um objetivo a possível qualidade de vida do doente. E para isso há que ter presente que o doente não representa apenas uma anomalia orgânica de que há que cuidar. É um todo, que é pessoa. A esse todo há que atender,

<sup>20</sup> Cfr. neste sentido Chaim Perelman, *Ética e Direito* (trad.), Martins Fontes, 2002, p. 310. O autor observa no mesmo lugar: "Não há nada a modificar a esse respeito em nosso Código Penal, pois é salutar um médico saber que se administra uma dose mortal de morfina corre o risco de ser processado. Trata-se de uma proteção indispensável do doente e da sociedade contra abusos sempre possíveis e sempre ameaçadores".

de modo especial na fase ultradelicada da terminalidade da vida.

Por isso o artigo 2º da Resolução refere acertadamente a assistência integral e o conforto não apenas físico. Prevê o psíquico, e a assistência psicológica tem aí decerto o seu lugar, mas não aceita que se apresente como uma alternativa à assistência espiritual total. A pessoa não pode ser minimizada como ente biológico, é um ser espiritual. Por outro lado, a vida espiritual não se limita à vivência religiosa.

Isso implica ainda a compreensão das dimensões do homem como ser social. O homem internado fica desintegrado: as ligações interpessoais, incluindo as familiares, afrouxam. Há que fazer esforços para preservar minimamente estas ligações.

O preceito em causa manifesta sensibilidade por este aspecto ao referir que se assegura o direito de alta hospitalar. Tudo na vida pode ser deturpado; a pressão pela alta hospitalar pode transformar-se numa forma de aliviar a superlotação dos hospitais e disfarçar a insuficiência destes. Os doentes terminais podem ser empurrados para junto das famílias, que dificilmente terão meios para os acompanhar e ocorrer às suas necessidades.

Mas, se há esta deturpação, há também um sentido verdadeiro das coisas. É muito melhor para o doente, na normalidade dos casos, a integração familiar que o anonimato do hospital. Se houver meios para a família se encarregar dele a repercussão positiva sobre o espírito do doente é muito favorável. As entidades públicas só têm legitimidade para afastar os que recorrem aos hospitais porque não têm outro abrigo quando esta questão conexa estiver resolvida. Este é um dos meios, possivelmente dos mais simples, de o assegurar.

Particularmente em relação às pessoas idosas, é conhecido o trauma que representa o afastamento dos seus hábitos. Chama-se a atenção para que em certos casos, mesmo de terminalidade da vida, uma medicação

ajustada e aceite pelo doente pode fazer-se na residência deste.

Quando os doentes terminais permanecem em hospitais, é prática corrente serem colocados em unidades separadas e não em enfermarias juntamente com outros doentes, para evitar a vivência deprimente para os restantes das situações terminais e dos eventuais desenlaces. É sem dúvida aspeto a ter em conta. Mas por outro lado há que ponderar atentamente a repercussão que pode ter para o doente terminal o fato de ser retirado do local onde se encontrava e conduzido para onde se encontram os outros doentes terminais, se tiver consciência disso.

Chegamos assim ao fim desta panorâmica geral da terminalidade da vida. O fulcro de tudo está na concepção e aceitação da morte como componente natural da condição humana; mas que, como tal, participa também de toda a dignidade dessa condição. Merece-nos, naturalmente, respeito. Esse respeito, recaindo sobre a pessoa que morre, deve marcar todo o acompanhamento pessoal e comunitário desse momento único, mas que cabe a cada um de nós “viver” uma vez na vida...

- Sobre a ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal contestando a Resolução nº 1.805/2006 do CFM, mencionada no item 6 deste artigo, veja o andamento do Processo nº 2007.34.00.014809-3 da 14ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal
- Veja também outros artigos doutrinários do autor publicados nesta Revista: “Contratação em rede informática no Brasil”, publicado na RTRF3R 78/57 e “O início da vida”, publicado na RTRF3R 81/91.