

Data enia

Revista Jurídica Digital

ISSN 2182-6242

Ano 2 • N.º 03 • Fevereiro 2015



Publicação gratuita em formato digital
Periodicidade semestral
ISSN 2182-8242

Ano 2 • N.º 03
Publicado em Fevereiro de 2015

Propriedade e Edição:
© DataVenia
Marca Registada n.º 486523 – INPI.

Internet: www.datavenia.pt
Contacto: correio@datavenia.pt

A Data Venia é uma revista digital de carácter essencialmente jurídico, destinada à publicação de doutrina, artigos, estudos, ensaios, teses, pareceres, crítica legislativa e jurisprudencial, apoiando igualmente os trabalhos de legal research e de legal writing, visando o aprofundamento do conhecimento técnico, a livre e fundamentada discussão de temas inéditos, a partilha de experiências, reflexões e/ou investigação.

As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos respectivos autores e não traduzem necessariamente a opinião dos demais autores da Data Venia nem do seu proprietário e administrador.

A citação, transcrição ou reprodução dos conteúdos desta revista estão sujeitas ao Código de Direito de Autor e Direitos Conexos.

É proibida a reprodução ou compilação de conteúdos para fins comerciais ou publicitários, sem a expressa e prévia autorização da Administração da Data Venia e dos respectivos Autores.

A Data Venia faz parte integrante do projecto do Portal Verbo Jurídico. O Verbo Jurídico (www.verbojuridico.pt) é um sítio jurídico português de natureza privada, sem fins lucrativos, de acesso gratuito, livre e sem restrições a qualquer utilizador, visando a disponibilização de conteúdos jurídicos e de reflexão social para uma cidadania responsável.



Testamento Vital (Living-will)

VISÃO DE RELANCE SOBRE ASPECTOS ÉTICO-JURÍDICOS
DE UMA FIGURA CONTROVERSA

ÁLVARO DA CUNHA GOMES RODRIGUES
Juiz Conselheiro Jubilado
Doutor em Direito

SUMÁRIO:

O respeito absoluto pela vida humana a que o médico é obrigado significa a recusa total em participar em qualquer acto que, objectivamente e de forma directa, abrevie a vida, mesmo que praticado com intuítos aparentemente piedosos ou benevolentes, pois eliminar a dor física ou moral não pode significar eliminar o portador da dor. É a recusa total e absoluta da eutanásia seja sob que protesto ou sofisma for.

A recente Lei das Directivas Antecipadas de Vontade, evidencia com nitidez que a opção do legislador está plasmada em termos claros ao dispor que nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício.

Testamento Vital (Living-will)

VISÃO DE RELANCE SOBRE ASPECTOS ÉTICO-JURÍDICOS DE UMA FIGURA CONTROVERSA

ÁLVARO DA CUNHA GOMES RODRIGUES
Juiz Conselheiro Jubilado
Doutor em Direito

Como é de boa metodologia, importa, antes do mais, obter uma noção adequada do que é o Testamento Vital, expressão que ganhou foros de cidadania, entre nós, com a publicação e entrada em vigor, na nossa ordem jurídica, da Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho, que veio regular o regime jurídico das denominadas Directivas Antecipadas de Vontade, entre as quais pontifica o Testamento Vital¹.

Já antes do advento do citado diploma legal, a discussão parlamentar que à volta das respectivas propostas legislativas se gerou e a sua repercussão nos meios de comunicação social haviam despertado, em boa parte da população portuguesa, interesse pela temática e natural curiosidade no aprofundamento destas questões.

Não reina consenso entre os autores, que ao tema dedicaram a sua atenção, quanto ao valor ético-jurídico e cultural do Testamento Vital.

A título meramente exemplificativo, citaremos algumas posições divergentes, como uma passagem de Walter Osswald, Professor aposentado da

¹ Em 15 de Maio de 2014, foi publicada a Portaria n.º 104/2014, do Ministério da Saúde, o modelo facultativo de Directiva Antecipada de Vontade (DAV), que entrou em vigor em 1 de Julho de 2014.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Conselheiro do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, extraído do seu artigo «Testamento Vital» Perspectiva Médica (Consentimento informado, Declarações Antecipadas de Vontade, Procuradoria de Cuidados de Saúde, Acesso ao Processo Clínico, Um Projecto de lei estilo « cavalo de Tróia»)², onde o referido Professor de Medicina, depois de gizar um conceito de Testamento Vital como sendo «*um documento em que a pessoa, antecipando uma situação clínica em que não possa exprimir a sua vontade (por estar inconsciente, demente ou incapaz por outro motivo) declara qual ou quais os tratamentos ou as técnicas que não deseja que lhe sejam aplicados*», assim exprime o seu pensamento:

«Afirmam os seus paladinos que assim se respeita cabalmente a autonomia da pessoa doente: incapaz de se pronunciar por ter perdido faculdades, faz-se ouvir através de uma declaração anteriormente exarada, com consequências a prazo mais ou menos longo. Este «testamento vital», obrigatório nos Estados Unidos, não tem recolhido aplauso nem acolhimento no sistema jurídico da maior parte dos países. Para tal atitude negativa têm sido invocados os seguintes argumentos:

1. A pessoa que, em plena saúde ou em estado inicial de doença progressiva, declara rejeitar determinadas medidas consideradas «heróicas» (tais como reanimação cardiorrespiratória, diálise renal, quimioterapia citostática, etc.), por as entender como insignificantes ou lesivas da sua integridade, não pode ter uma noção clara de qual o seu real peso ou custo psicológico nem de qual será a sua vontade e desejos na situação que apenas antecipa, mas não experiência.

2. A valia legal do testamento vital implicaria a total sujeição do médico ao paciente e obrigaria o profissional a assegurar--se da não existência de uma oposição consignada em eventual testamento vital antes de iniciar qualquer manobra, mesmo se urgente, num doente inconsciente ou incapaz - e a actuar já não segundo as normas médicas mas de acordo com o prescrito pelo doente!

3. O testamento vital pode dar origem a sérios conflitos, se nele se exarar uma disposição que ponha em causa bens indisponíveis ou os bons costumes, a que expressamente se refere o Código Penal, tais como a vida ou a integridade física do doente. Por exemplo, se no testamento o declarante proibir o recurso à reanimação, o doente acometido de paragem cardiorrespiratória morrerá, embora fosse perfeitamente recuperável. Neste caso, um bem

² Walter Osswald, *Testamento Vital» Perspectiva Médica*, publicado da Revista Brotéria [Cristianismo e Cultura, 5/6 (Maio / Junho 2009)], vol 168, pg. 426-436.

indisponível, a vida, seria sacrificada e o médico poderia ser considerado como homicida por negligência. Por outras palavras, o testamento vital pode abrir uma porta à prática da eutanásia (neste caso, passiva, por a morte resultar de omissão de um acto indispensável à manutenção da vida; mas a distinção entre eutanásia passiva e activa não tem, como se sabe, qualquer relevância ética)».³

Na mesma linha de pensamento, o Prof. Daniel Serrão, uma autoridade em Bioética, assim havia escrito, embora a título pessoal :

«É também evidente que a redacção deste documento indica que a pessoa que o escreve não tem confiança na capacidade de o médico avaliar bem a sua situação e tomar a decisão mais adequada para proteger o seu melhor bem. Que pode ser, em alguns casos, interromper tratamentos fúteis ou inúteis e ajudar a pessoa, com o cuidado paliativo, a viver o seu processo de morte, com a maior dignidade.

Esta desconfiança não tem, em geral, qualquer justificação. Os médicos já sabem, hoje, reconhecer os limites do esforço terapêutico, sabem avaliar com rigor a incurabilidade e, na sua imensa maioria, dão aos doentes terminais o cuidado paliativo adequado a cada situação. As Unidades de Cuidados Intensivos praticam um intensivismo útil, racionalmente avaliado e eticamente ponderado, pelo que merecem a maior confiança dos cidadãos

Se, não obstante, se quiser legislar em Portugal, como sucede em alguns Países europeus, a legislação tem de tomar em consideração os aspectos mais delicados das pessoas que decidem elaborar um destes documentos. Desde as formas de garantir que a declaração é autónoma, bem consciente e bem informada e que não há pressões externas que enviesem a decisão, até uma disposição clara sobre a impossibilidade de usar o testamento para tentar impor, ao médico, a prática da eutanásia ou do suicídio assistido, a lei terá de estabelecer, de forma juridicamente segura, que o médico vai tomar em consideração o que está escrito no testamento, mas que é ele quem tem a última palavra sobre o que vai, ou não, fazer à pessoa que está a seu cargo. Com testamento ou sem testamento, quando uma pessoa doente não está em condições de receber a informação e de dar, ou não, o seu consentimento, é ao médico que cabe a responsabilidade de decidir. Segundo as boas práticas clínicas. Na prática médica moderna e mais actualizada, a decisão terapêutica é um acto científico, não é um mero palpite do médico. Particularmente nas situações de muita gravidade»⁴

³ Ibidem.

⁴ Disponível no site amcp.com. sapo.pt/textos/testamento vital –Daniel Serrão.pdf.

O Professor Daniel Serrão chegou mesmo a rematar o citado artigo, com esta afirmação lapidar: «o *testamento vital* pode ter-se justificado no passado. Mas o progresso da ciência clínica tornou-o obsoleto, inútil e potencialmente perigoso para os doentes».

O Ilustre Juiz de Direito, Pedro Vaz Patto, manifestou a sua posição num artigo publicado em 2009 sob o título «Testamento Vital, Porta Aberta para a Eutanásia?»⁵, de que, pela sua frontalidade e rigor, permitimo-nos, *data venia*, transcrever aqui algumas breves passagens:

«A vida humana é um bem indisponível e é nessa qualidade que encontra protecção na ordem jurídica portuguesa. A vida é o pressuposto de todos os outros bens, incluindo o da autonomia pessoal. Não tem sentido invocar esta autonomia para pôr termo à fonte e raiz dessa autonomia, que é a vida. Porque assim é, são puníveis o homicídio a pedido da vítima (artigo 134.º do Código Penal) e o incitamento e auxílio ao suicídio (artigo 135.º do Código Penal). A eutanásia voluntária e o suicídio assistido integram a prática destes crimes.

A indisponibilidade da vida não conduz, porém, à legitimidade de intervenções ou tratamentos médicos forçados, contrários à vontade de um doente capaz de exprimir de forma actual o seu consentimento. Está em causa, neste âmbito, não a disponibilidade da vida (se assim fosse, seria lícito o homicídio a pedido), mas o respeito pela integridade física e a dignidade do doente, que seria de outro modo reduzido a objecto (já não sujeito) de uma prática médica.

O problema surge quando, no momento em que há que decidir a respeito de uma intervenção ou tratamento médico, não é possível obter o consentimento actual do doente, por este se encontrar incapacitado para tal, devido ao evoluir da própria doença ou a um acidente.

Põe-se, então, a questão de saber se o médico se deverá guiar por uma declaração prévia desse doente no sentido da rejeição de cuidados médicos, designados de forma mais genérica ou mais específica.

Se estão em causa tratamentos inúteis ou desproporcionados, que possam configurar uma exacerbação terapêutica, qualquer similitude com a eutanásia, ou qualquer manifestação de um princípio de disponibilidade da vida, estariam afastadas. Nesses casos, trata-se apenas de aceitar a inevitabilidade da morte como fenómeno natural. O doente morre por causa da

⁵ Publicado pela Federação Portuguesa pela Vida e disponível na Net, no site www.federacao-vida.com.pt

doença, não por causa de alguma conduta, activa ou omissiva, directamente finalizada a causar a morte.

*Porém, se estiverem em causa tratamentos necessários, úteis e proporcionados para a salvaguarda da vida, já poderemos aproximar-nos da eutanásia, uma eutanásia por omissão. Dir-se-á que também aqui se trata apenas de respeitar a vontade do doente, a proibição de tratamentos médicos forçados. Mas é diferente o respeito por uma vontade actual e esclarecida (que não suscita dúvidas sobre o seu sentido autêntico) e o respeito por uma vontade hipotética, com base em declarações prestadas anteriormente num contexto muito diferente do actual (de forma necessariamente pouco esclarecida, precisamente por esse contexto ser diferente do actual). Não se trata apenas de considerar a dúvida sobre a informação a que possa ter tido acesso a pessoa quando formulou essa declaração, ou sobre se a situação em que se encontra agora era, para ela, nessa altura, previsível. Nem também a possibilidade de o estado dos conhecimentos médicos se ter alterado desde então. É que subsiste sempre a dúvida (independentemente do tempo decorrido e da possibilidade de revogação da declaração) a respeito de saber se a pessoa não poderia mudar de opinião. É sabido como é frequente uma atitude de grande apego à vida nos seus últimos momentos e diante da revelação de uma doença, mesmo da parte de quem havia manifestado uma atitude contrária quando se encontrava são. É conhecido o exemplo recente da médica francesa *Silvie Ménard*, que rasgou o seu testamento vital depois de lhe ter sido diagnosticado um cancro, porque quer agora «lutar» até ao fim. Esta dúvida há-de subsistir sempre. E numa matéria tão delicada como esta, quando está em jogo o mais fundamental dos bens, perante a mais claramente irreversível de todas as decisões, não são admissíveis quaisquer dúvidas. Mais vale, nesse caso, salvar uma vida do que tomar uma decisão irreversível que conduz à morte sem a certeza absoluta de que seria essa a vontade do doente.*

Rege aqui o princípio «in dubio pro vita».

Por isso, será prudente, por um lado, não atribuir eficácia vinculativa às declarações antecipadas de vontade. A tais declarações deverá ser dado relevo, mas apenas como um dos vários factores a ponderar pelo médico. Neste sentido, o artigo 9º da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina do Conselho da Europa, a chamada Convenção de Oviedo, alude a «desejos previamente expressos», que «deverão ser tidos em consideração» (apontando, pois, para uma eficácia não vinculativa).

Por outro lado, deveriam situar-se fora do âmbito de relevância dessas declarações, intervenções e tratamentos essenciais à salvaguarda da vida».

O ilustre Autor rematou assim o referido estudo, escrito ainda na fase normogenética do que viria a ser a Lei das Directivas Antecipadas da Vontade:

«O testamento vital, porta aberta à legalização da eutanásia? Segundo o regime proposto pelo Projecto de Lei 788/X, em discussão na Assembleia de República, a porta não estará aberta de par em par, mas também não pode dizer-se que esteja completamente fechada»⁶

Em sentido diametralmente oposto, veja-se, por todos, a introdução à obra de Rui Nunes e Helena Pereira de Melo, *Testamento Vital*, onde o primeiro Autor, Professor Catedrático e Director do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto, escreveu as seguintes palavras iniciais:

«Legalizar o Testamento Vital é uma conquista civilizacional. Porquê, porque plasma no subconsciente dos Portugueses o referencial ético nuclear das sociedades plurais que é a possibilidade de cada um de nós efectuar escolhas livres. E assim auto-realizar-se, assumindo total responsabilidade pelas acções concretizadas, sobretudo quando as decisões têm um profundo impacto na nossa vida pessoal.

A título pessoal dedico-me a este tema há mais de 20 anos, porque quando comecei a leccionar Bioética no curso de medicina apercebi-me que as correntes mais representativas do pensamento humano defendiam, ontem como hoje, que o consentimento é o elemento nuclear da convivência pacífica em qualquer sociedade democrática, A nível da medicina tratou-se de uma revolução tranquila, porquanto o paternalismo médico teve que se abrir aos ventos da pós-modernidade e permitir o exercício da liberdade ética individual»⁷

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) aprovou o parecer sobre o projecto de lei do Testamento Vital, mas em Julho de 2011 foi adiado pelo Partido Socialista para uma próxima legislatura.

Em 16 de Julho de 2012 foi publicada a Lei n.º 25/2012 que regula as Directivas Antecipadas de Vontade, expressão conceptual de largo espectro, na qual se destaca a forma de Testamento Vital, que, segundo o n.º 1 do artigo 2º do referido diploma legal, constitui «o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta

⁶ Ibidem.

⁷ Rui Nunes e Helena Pereira, *Testamento Vital*, Universidade Nova de Lisboa, Editora Almedina, 2011, pg. 13.

*antecipadamente a sua vontade consciente. livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber. no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente*⁸.

Trata-se de um diploma legal importante no domínio da manifestação da vontade do próprio, desde que tal vontade seja consciente, livre e esclarecida e que a pessoa em causa seja maior de idade, no que concerne às suas disposições finais sobre os cuidados de saúde em caso de «*por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente*».

Com inteira razão, escreve o Dr. João Vaz Rodrigues, referindo-se ao conceito de Testamentos em Vida «*neste conceito englobamos todas as declarações pelas quais se busca prevenir consequências indesejadas da actuação médica privilegiada em casos de perda de consciência ou da vontade – por exemplo para a manutenção artificial da vida – ao configurar quadros possíveis do desenvolvimento da doença e exprimir, antecipadamente, as respectivas instruções. Trata-se geralmente de declarações reduzidas a escrito ou em outros termos adequados para as guardar e reproduzir, como sejam os meios audiovisuais. Em regra, estes tipos de decisões previstas para eventuais quadros fácticos pré-figurados merecem respeito*»⁹.

O mesmo conceituado autor adverte, no entanto, que «*a questão complica-se quando nos confrontamos com o silêncio dos pacientes a ser preenchido pela analogia das decisões manifestadas sobre outros assuntos ou a outros níveis do mesmo assunto, por um lado, e com o alcance dos desígnios por outro*»¹⁰, acrescentando que «*em rigor, a delimitação do problema levar-nos-ia inevitavelmente, entre o mais, para as discussões de temas que não cabem aqui, como a eutanásia e o suicídio e o respectivo auxílio, mesmo com o homicídio a pedido*».¹¹

O diploma legal que vimos de referir, para além de gizar as linhas paradigmáticas das Directivas Antecipadas de Vontade (DAV) em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de Testamento Vital (TV), na nossa ordem jurídica, criou o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), do mesmo passo que regulou a nomeação do Procurador de

⁸ Esta lei foi publicada no Diário da República, I^a série, n.º 136, de 16 de Julho de 2012.

⁹ João Vaz Rodrigues, «*O Consentimento Informado para o Acto Médico No Ordenamento Jurídico Português (Elementos para o Estudo da Manifestação da Vontade do Paciente)*», Coimbra Editora, 2001, pg. 366 e segs.

¹⁰ Idem, ibidem

¹¹ Idem, ibidem

Cuidados de Saúde, atribuindo-lhe «*poderes representativos para decidir sobre cuidados de saúde a receber, ou não receber, pelo outorgante (da procuração), quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente*» (artigo 11º da Lei 25/2012, de 16/07).

O diploma legal dispôs ainda no sentido de que, em caso de conflito entre as disposições constantes do documento de directivas antecipadas de vontade e a vontade do referido procurador, prevalece a vontade do outorgante expressa naquele documento (artigo 13º, n.º 2).

Como não poderia deixar de ser, dada a delicadeza e o melindre de tais disposições de vontade e a sua repercussão nos ambientes familiares, a lei estabeleceu a confidencialidade dos dados pessoais constantes do documento das faladas directivas de vontade ou da procuração de cuidados de saúde, sujeitando às sanções para os ilícitos disciplinar, civil e penal, nos termos legais, todo aquele que, no exercício das suas funções, tome conhecimento de tais dados e viole a sua confidencialidade (sigilo profissional), como comanda o artigo 18º do mesmo diploma normativo.

Creemos ser do maior interesse convocar, a este propósito, o que escrevemos na nossa dissertação de Mestrado¹² sobre a questão do dever médico de intervenção, terapêutica ou paliativa, concernente aos doentes na fase terminal, pelo que nos permitimos transcrever aqui algumas passagens da referida obra mais directamente conexas com as situações relativamente às quais se levanta a problemática do Testamento Vital, pelo menos com maior frequência:

O respeito absoluto pela vida humana a que o médico é obrigado significa a recusa total em participar em qualquer acto que, objectivamente e de forma directa, abrevie a vida, mesmo que praticado com intuítos aparentemente piedosos ou benevolentes, pois eliminar a dor física ou moral não pode significar eliminar o portador da dor. É a recusa total e absoluta da eutanásia seja sob que protesto ou sofisma for¹³.

¹² Álvaro C. G. Rodrigues, *Responsabilidade Médica em Direito Penal*, 2007, Almedina, pgs. 167 e segs.

¹³ Prof. J. Germano de Sousa, *Uma Deontologia Específica para o Fim de Vida*, Revista da Ordem dos Médicos, ano 16, n.º 14 (Março-Abril de 2000), p. 17.

Este dever terapêutico, todavia, já conhecia um limite, que, entre nós, estava previsto no artigo 49º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos anterior, que, sob a epígrafe dever de abstenção da terapêutica sem esperança, estatuiu:

«Em caso de doença comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o Médico evitar obstinação terapêutica sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição ao mesmo de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de Ser humano».

Actualmente, com o advento do novo Código Deontológico, o n.º 3 do artigo 59º veio dispor que «o uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente».

Com efeito, não se exige e antes se reprova o chamado encarniçamento terapêutico que se traduz na obstinação do tratamento inútil com grave prejuízo para a dignidade do doente. É claro que, em contrapartida, o médico poderá limitar a sua actuação ao chamado tratamento paliativo, isto é, «aliviar os sofrimentos físicos e morais do doente, administrando-lhe tratamentos apropriados e mantendo, na medida do possível a qualidade da vida que vai terminar».¹⁴.

¹⁴ G. Perico, «Cure Palliative nei malati inguaribile terminali», Aggiornamenti Sociali, 6/1989 p. 407-418, apud Ana María M. Del Cano, *La Eutanasia Estudio Filosófico-Jurídico*, Madrid, 1999, p. 251.

Presentemente está a avançar-se, cada vez mais, no domínio dos chamados Cuidados Paliativos em fim de vida que constituem uma prática específica com várias perícias e uma zona de conhecimento científico médico bem definida.

Nas palavras do Prof. Germano de Sousa o respeito absoluto pela vida humana «*não pode nem deve impedir o médico de recorrer a tratamentos paliativos que, embora possam eventualmente contribuir de forma indirecta para o não prolongamento da vida promovem o bem estar físico a psíquico do doente terminal garantindo-lhe um fim de vida sereno e digno. O doente tem o direito a terapêuticas paliativas para diminuir a dor e o sofrimento, tem o direito a que o médico respeite a sua autonomia, isto é tem o direito de ser informado e de consentir ou recusar qualquer tratamento, tem o direito de não ser abandonado, tem o direito a um fim de vida mentalmente saudável. O médico tem pois o dever deontológico de dedicar aos seus doentes terminais todo o seu saber e humanidade para que esse fim de vida seja vivido, dentro do possível, em dignidade e relativo bem-estar*» (*Uma Deontologia Específica para o Fim de Vida*, loc. cit., 17).

Segundo a Doutora Ana María Del Cano, na vizinha Espanha os cuidados paliativos têm sido objecto de contínuo desenvolvimento «*Cabendo citar a Sociedad Castellano-Leonesa de Cuidados Paliativos que foi fundada em 1993 por um grupo de profissionais com o objectivo de contribuir para a melhoria da atenção aos doentes terminais e às suas famílias. Transcreve-se aqui alguns dos seus fins: Os cuidados paliativos estão baseados numa*

Isso mesmo resultava do disposto na segunda parte do artigo 49º do anterior Código Deontológico, atrás transcrito, mas que, por comodidade, aqui se volta a repetir, na parte que interessa:

« ... podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição ao mesmo de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de Ser humano».

Segundo Figueiredo Dias *«de eutanásia “passiva” se falará com propriedade quando o médico renuncia a medidas susceptíveis de conservar ou de prolongar a vida (p. ex. tratamento medicamentoso ou cirúrgico, oxigenação, reanimação) de doentes em estado desesperado (moribundos, pessoas em coma profundo e irreversível ou estados análogos). O problema do eventual preenchimento do tipo objectivo de ilícito do homicídio suscita-se aqui porque em casos tais se depara com uma conduta omissiva do médico, apesar de sobre ele continuar a recair um dever jurídico de acção, nos termos do artigo 10º-2 do CP.*

O facto de a renúncia à (ou continuação da) intervenção se traduzir em desligar aparelho de reanimação (em momento anterior ao da verificação da morte cerebral) não altera em nada a doutrina acabada de expor. Essa interrupção constitui, do nosso ponto de vista, um comportamento omissivo do médico (doutrina dominante, mas não indiscutida na Alemanha e na Suíça; no sentido do texto, por outros, Trechsel 7 antes

*concepção global, activa e viva da terapêutica que inclui a atenção quanto aos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais dos enfermos e suas famílias com os objectivos principais de conforto, dignidade e autonomia dos doentes com enfermidade avançada, de qualquer índole, incurável e progressiva sem possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento curativo e com morte previsível a curto prazo. Os cuidados paliativos devem praticar-se numa perspectiva multidisciplinar, incluindo profissionais de saúde (medicina, enfermagem, auxiliares, assistentes sociais, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, psicólogos, peritos em ética e outros) com formação adequada e suporte técnico e psicológico continuado e vinculados à comunidade (voluntariado) e hão-de difundir-se e praticar-se em todos os âmbitos (hospitais, centro socio-sanitários, cuidados primários) com uma boa interligação entre eles e observando o respeito e o apoio como atitudes primordiais orientadas a promover o direito de toda a pessoa a receber uma atenção adequada e digna no processo da morte» (Ana María Marcos Del Cano, *La Eutanasia Estudio Filosófico-Jurídico*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Marcial Pons, Madrid, Barcelona, 1999, p. 251, nota de rodapé 59)*

Em Portugal, como afirma a Dr^a. Isabel Galriça Neto *«Os médicos são treinados predominantemente no sentido da actividade curativa. Como tal, quando se debatem com estas realidades, muitas vezes sentem-se ultrapassados e recuam perante as mesmas (R.O.M. n.º 14, ano 2000, p. 6).*

Apesar de tudo, nos hospitais centrais assim como no Instituto Português de Oncologia e em outros estabelecimentos que tratam doenças muito dolorosas existem serviços especializados em cuidados paliativos com um actividade digna de todo o apreço, sendo normalmente conhecidos como unidades de tratamento da dor.

do artigo 111º, Engisch, Gallas-FS, 1973 176ss e Roxin, Engisch-FS 1969 398) e, seguramente, uma “eutanasia passiva”¹⁵.

Todavia, e apesar disso, se o doente em estado consciente, manifestar vontade no sentido de prosseguir o tratamento até ao final (morte cerebral), o médico deve proceder em conformidade com a vontade manifestada pelo doente, sob pena de o seu comportamento omissivo preencher o tipo objectivo de homicídio.

É este o pensamento de Figueiredo Dias quando escreve: *«Preenchimento do tipo objectivo de ilícito do homicídio existirá sempre que o doente solicite ao médico que prossiga a intervenção; ao menos enquanto o doente mantiver a consciência ou for ainda previsível que a recupere (assim também Trechsel 7 antes do artigo 111º). Típicamente ilícito no sentido da intervenção médica arbitrária (v. artigo 156) será, ao contrário o prosseguimento das intervenção ou a utilização de certos meios conservatórios se o doente os recusa ou os proíbe»*.¹⁶

Nos casos em que o consentimento do doente não possa ser obtido, é opinião generalizada da doutrina a exclusão da tipicidade do homicídio ocorrendo situações comprovadas de terapêutica sem esperança¹⁷.

¹⁵ Figueiredo Dias, *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*, Tomo 1, 1999, anot. ao artigo 131º (§ 23º).

¹⁶ Idem, *ibidem* (§ 24).

¹⁷ Também a este propósito, é de toda a conveniência registar o pensamento de Figueiredo Dias, plasmado na obra a que nos vimos referindo como um importantíssimo contributo dogmático para a solução jurisprudencial de situações como a que vimos tratando:

«Em todos os casos em que o consentimento do doente não possa ser obtido parece dever em princípio negar-se a tipicidade, no sentido do homicídio, da omissão de prosseguir o tratamento, salvo se houver razões seguras para presumir que esta seria a vontade do moribundo. A esta solução conduz a consideração não de um qualquer “direito do médico” à interrupção (cf. todavia GEILEN, Euthanasie und Selbstbestimmung 1975 8 ss), mas da ausência do sentido pessoal ou social de um tal “tratamento” (de modo análogo, entre outros, ROXIN, Engisch-FS 1969 398; e já em certa medida o próprio PIO XII no seu discurso aos médicos anestesistas de 1957: v. Pius XII sagt 1958 63 s.) e do verdadeiro atentado à dignidade humana do moribundo que em muitos casos a continuação da intervenção médica representa (assim STRATENWERTH, Engisch-FS 1969 534). A convicção generalizada quer na população, quer na própria classe médica de que é ali decisiva a vontade dos parentes ou das pessoas próximas do paciente é infundada: esta vontade é, pelo contrário, juridico-penalmente irrelevante, salvo na medida em que ela possa servir como elemento para determinar a vontade presumida do paciente (assim também muito exactamente, M / S / MAIWALD I § 1 40). O mesmo valor indiciário –e só esse – haverá que atribuir aos hoje cada vez mais frequentes “testamentos do paciente”, isto é, documentos anteriores em que a pessoa deixa indicações, para o caso de ser atingido por uma doença incurável e se não encontrar em condições de decidir sobre o seu tratamento e sobre os limites em que (e o ponto até ao qual) este deverá ter lugar (assim também HIRSCH, Lackner–FS 1987 604)». (Comentário Conimbricense, anot. ao artigo 131º § 25.)

Em todo o caso, afigura-se imprescindível distinguir as situações em que é inútil um prolongamento da vida, daquelas outras em que há efectivamente um encurtamento do período natural de vida, como, desde há muito, a melhor dogmática tem vindo a prevenir.

Com efeito, Engisch, *Der Arzt an den Grenzen des Lebens*, distinguia a actuação médica destinada a pôr termo a vidas “*indignas de serem vividas*,”¹⁸ isto é, «*inoportunas, inferiores e carenciadas de cuidados*» e a não intervenção do médico no processo causal de uma doença mortal. Segundo este autor, «*enquanto no primeiro grupo de casos essa conduta representa uma ameaça à confiança nos médicos, aos valores da sociedade, um atentado aos direitos de que o próprio incapaz é titular, no segundo grupo de situações advoga este autor uma “decisão sobre o caso concreto”, sujeita ao princípio regulativo da exigibilidade*»¹⁹.

Figueiredo Dias, que a esta matéria dedicou densas e brilhantes páginas do seu ensino, nos recuados anos 70 afirmou, na sua Conferência sobre a Ortotanásia²⁰, seguindo a lição de Edmund Mezger,²¹ que quando se fala em eutanásia importa distinguir três hipóteses diferentes entre si:

- a) A do aniquilamento das chamadas vidas indignas de serem vividas;
- b) A da “verdadeira e própria eutanásia”, consistente na morte provocada ao doente incurável e em sofrimento pelo médico; e
- c) A chamada ortotanásia ou “auxílio médico à morte” que é uma ajuda dada pelo médico ao processo natural da morte.²²

No entanto, quanto às mortes constantes da alínea a), Figueiredo Dias já então salientava o seguinte:

¹⁸ Recorde-se a célebre determinação de Hitler de 1.9.1939 dirigida ao «*aniquilamento de vidas indignas de serem vividas*», (Euthanasie-Erlass) que causou perplexidade e horror no Mundo, quando dela tomou conhecimento.

¹⁹ Karl Engisch, cit. por Maria Paula Bonifácio Ribeiro de Faria, *Aspectos Jurídico Penais dos Transplantes*, U. Católica Portuguesa-Editora, Porto, 1995, p. 87, nota de rodapé 24.

²⁰ Esta Conferência, realizada em 25-05-1972 e que constituiu uma brilhante lição, veio ser publicada, sob a designação *O Problema da Ortotanásia: Introdução à sua Consideração Jurídica* in *As Técnicas Modernas da Reanimação; Conceito de Morte: Aspectos Médicos: Teológico-Morais e Jurídicos, pela Ordem dos Advogados*, 1973, pg. 29-48.

²¹ E. Mezger, in *Studienbuch, Besonderer Teil* § 6 V.

²² Figueiredo Dias, *O Problema da Ortotanásia*, in *as Técnicas Modernas de Reanimação...* cit. (1973) p. 44.

«Defendo, relativamente ao primeiro caso, que o aniquilamento das chamadas «vidas indignas de serem vividas», p. ex. a morte dada a doentes mentais incuráveis, é em todo e qualquer caso proibida no sentido do crime de homicídio, mesmo sendo levada a cabo por um médico. Não quero dizer com isto, é claro, que deixem de intervir aqui as causas gerais de exclusão da culpa — v. g. a inimputabilidade do agente, a falta de dolo e negligência, a inexigibilidade — nos mesmíssimos termos em que, segundo o nosso direito, podem intervir relativamente a todo e qualquer homicídio. Pretendo só significar que, nestes casos, o peso da vida para o doente ou para os que o cercam não confere ao médico, e muito menos ao Estado, um direito a matar.

E julgo que, desde que todo o mundo civilizado se horrorizou com o conhecimento da tristemente célebre ordem de Hitler de 1.9.1939 para aniquilamento de doentes mentais incuráveis, há consenso unânime quanto a este ponto, que juridicamente nada tem a ver sequer com a verdadeira eutanásia».²³

Quanto à situação descrita nas duas primeiras alíneas, é evidente que a conduta do médico é sempre integrável num tipo de homicídio, salvo se ocorrerem causas de exclusão da ilicitude ou da culpa, nos termos gerais.

Quanto à terceira situação “*auxílio médico à morte*”, segundo, ainda, Figueiredo Dias, haverá que distinguir se se verifica ou não encurtamento do período natural de vida.

No caso de tal encurtamento ou abreviamento, o comportamento do médico integra indiscutivelmente o tipo de ilícito de homicídio ou de homicídio a pedido da vítima ou ainda de auxílio ao suicídio, se a morte tiver sido solicitada pelo próprio doente.

Já, porém, se esse auxílio médico à morte não implicar encurtamento do período de vida, mas antes se, sem ele, ocorrer um prolongamento inútil e artificial do curso vital, o médico não tem a obrigação de, como se viu, prolongar a vida do paciente para além de toda a esperança fundada em conhecimentos técnico – científicos, a menos que tal lhe seja expressamente pedido pelo doente.

²³ Idem. ibidem.

Importa, porém, ter sempre presente que, na actualidade, o médico assistente não é (não pode ser) o único julgador da conveniência de prolongar ou não a vida do doente, mesmo nos casos do coma irreversível ou do chamado síndrome apálico (*apalische Syndrom*), também designado por estado vegetativo persistente ou crónico²⁴.

Em Portugal, o anterior Código Deontológico da Ordem dos Médicos²⁵, assim estatua no seu artigo 50º, no que concerne ao desligamento dos aparelhos de suporte vital, em caso de coma irreversível:

1. A decisão de pôr termo ao uso de meios extraordinários de sobrevivida artificial em caso de coma irreversível, com cessação sem regresso da função cerebral, deve ser tomada em função dos mais rigorosos conhecimentos científicos disponíveis no momento e capazes de comprovar a existência de morte cerebral.

2. Essa decisão deve ser tomada com a anuência expressa de dois Médicos não ligados ao tratamento do doente e ficar a constar de protocolo, em triplicado, destinado a ficar na posse de cada um dos intervenientes.

²⁴ Segundo o Relatório do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre o Estado Vegetativo Persistente, elaborado por A. Vaz Carneiro, João Lobo Antunes e A. Falcão de Freitas, em Fevereiro de 2005, a designação de Estado Vegetativo Persistente (EVP) foi pela primeira vez utilizada em 1972 num artigo clássico de Jennett e Plum, significativamente intitulado "*Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name*". Estes autores definiram tal conceito nos seguintes termos: "*Vegetative state describes a body which is functioning entirely in terms of its internal controls. It maintains temperature. It maintains heart beat and pulmonary ventilation. It maintains digestive activity. It maintains reflex activity of muscles and nerves for low level conditioned responses. But there is no behavioural evidence of either self-awareness or awareness of the surroundings in a learned manner.*" *In re Jobes*, 108 N.J. 394, 403, 529 A. 2d 434, 438 (1987).

O referido Relatório da CNEVC traça o seguinte conceito do estado vegetativo: «uma situação clínica de completa ausência de consciência de si e do ambiente circundante, com ciclos de sono-vigília e preservação completa ou parcial das funções hipotalâmicas e do tronco cerebral», considerando ainda que o referido quadro se designa por estado vegetativo, quando na sua fase inicial, por estado vegetativo continuado quando o quadro perdura pelo menos 4 semanas e estado vegetativo persistente quando as alterações neurológicas persistem por mais de 3 meses após anóxia cerebral e 12 meses na sequência de traumatismo craniano.

Sobre as várias designações com que tal quadro clínico é conhecida, pronuncia-se o dito Relatório nos seguintes termos: anteriormente tinham sido descritos quadros neurológicos semelhantes ou idênticos, designados por diversos nomes, incluindo: «*the apallic syndrome, severe traumatic dementia, post-traumatic dementia/encephalopathy, minimally responsive/conscious state, permanent/irreversible/prolonged coma/unconsciousness, post-traumatic/post-comatose unawareness, coma vigil, akinetic mutism, etc.*».

²⁵ Trata-se do Código Deontológico da Ordem dos Médicos que vigorava na altura em que este estudo foi elaborado e discutido na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, no Curso de Pós-Graduação em Direito de Medicina.

3. Consumada a morte, deve ser remetida ao Conselho Nacional de Deontologia Médica da Ordem dos Médicos, cópia do protocolo referido no número anterior, com menção da suspensão dos meios de sobrevivência artificial».

Presentemente, o novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Regulamento n.º 14/2009, da Ordem dos Médicos, publicado no DR n.º 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2009, estabeleceu, no seu artigo 59º, o regime que, pelo seu manifesto interesse, aqui se transcreve:

Artigo 59º

(Morte)

1. O uso de meios de suporte artificial de funções vitais deve ser interrompido após o diagnóstico de morte do tronco cerebral, com excepção das situações em que se proceda à colheita de órgãos para transplante.
2. Este diagnóstico e correspondente declaração devem ser verificados, processados e assumidos de acordo com os critérios definidos pela Ordem.
3. O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente.
4. O uso de meios extraordinários de manutenção da vida não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente.
5. Não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação; nem a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigénio suplementar.

Este preceito deontológico não deve, porém, ser considerado isoladamente, antes conjugado com o disposto nos artigos 57º e 58º do mesmo Código, pelo que também se impõe aqui a sua transcrição:

Artigo 57º

(Princípio geral)

1. O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida.
2. Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia.

Artigo 58.º

(Cuidados paliativos)

1. Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua acção para o

bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício.

2. Os cuidados paliativos, com o objectivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doente, constituem o padrão do tratamento destas situações e a forma mais condicente com a dignidade do ser humano.

Também a generalidade dos corpos normativos deontológicos europeus dispõe semelhantemente, tal como, v. g., o Código de Deontologia Médica de Itália, cuja disposição análoga se deixa transcrita em nota de fim de página.²⁶

Muito diferente, todavia, será o caso do médico não responsável pela assistência ao doente e, por isso, a ele estranho (v. g., o médico de outro piso ou serviço a que se refere Jakobs).

Entre este médico e o tratamento do doente não existe qualquer relação e, por consequência, sobre tal médico não recai qualquer dever de assistência (*Fürsorgepflicht*, na doutrina alemã), pelo que a sua actuação no desligamento

²⁶ Era o seguinte o texto do artigo 36º do Codice di Deontologia Medica italiano:

Art. 36 *Accertamento della morte*

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale, il medico può limitare la sua opera, se tale è la specifica volontà dei paziente, all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutile sofferenza, fornendogli i trattamenti appropriati e conservando per quanto possibile la qualità di vita.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ragionevolmente utile.

In caso di morte cerebrale il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la morte nei modi e nei tempi stabiliti dalla legge. È ammessa la possibilità di prosecuzione del sostegno vitale anche oltre la morte accertata secondo le modalità di legge, solo ai fine di mantenere in attività organi destinati a trapianto e per il tempo strettamente necessario.

Com o advento do Codice de Deontologia Medica de 2006, este preceito foi substituído pelo artigo 39º do novo diploma, do seguinte teor:

Art. 39

- Assistenza al malato a prognosi infausta -

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psicofisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

do ventilador só pode configurar verdadeira conduta positiva (*facere*) criminalmente relevante.

Trata-se de uma actuação consciente e voluntariamente dirigida à supressão do suporte cardiorrespiratório do doente potencialmente determinante da morte deste.

Assim sendo, em nossa opinião, a conduta de tal médico indicará fortemente um ilícito típico de homicídio cometido por acção.

Já, todavia, em caso de o aparelho se ter desligado acidentalmente, pondo, *ipso facto*, em risco de vida o doente dele carecido, se o médico alheio ao serviço, disso se apercebendo, não providenciar o restabelecimento do funcionamento de tal aparelho, a sua conduta omissiva integrará, já não qualquer crime comissivo por omissão (artigo 10º, n.º 2), dada a inexistência da posição de garante, mas sim o tipo legal de omissão de auxílio (artigo 200º do C. Penal).

Trata-se, como se sabe, de um tipo de ilícito penal em que o bem jurídico tutelado é a solidariedade social, em perfeita sintonia e como decorrência do princípio de congruência ou de analogia substancial, com o disposto no artigo 1º da Constituição da República Portuguesa que, desde a Revisão de 1989, proclama que Portugal é um República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária²⁷.

Em 1996, o nosso mais alto Tribunal assim sentenciou:

«I. O crime de omissão de auxílio é cometido sempre que alguém omite o dever de prestação de auxílio que se revela necessário ao afastamento de um perigo de ofensa da vida,

²⁷ Não se veja na tutela do dever de solidariedade qualquer laivo ou resquício de uma concepção eticizante do Direito Penal português actual.

É que a solidariedade entre os homens, muito além do imperativo ético, é um bem jurídico fundamental para a própria existência e coesão do agregado social, um factor de coesão primordial à própria sobrevivência da comunidade humana *qua tale*.

Nas palavras proféticas de João Paulo II: *A solidariedade não é pois um sentimento de compaixão vaga ou de enternecimento superficial pelos males sofridos por tantas pessoas, próximas ou distantes. É, pelo contrário, a determinação firme e perseverante de se empenhar pelo bem comum; ou seja, pelo bem de todos e de cada um, porque todos nós somos verdadeiramente responsáveis por todos.*

Tal é a posição da Igreja Católica na sua missão profética de denúncia do mal que o Sumo Pontífice lapidarmente exprimiu na sua Encíclica *Sollicitudo Rei Socialis*.

da saúde, da integridade física ou da liberdade de outrem, numa situação de grave necessidade dessa prestação, resultante, nomeadamente de acidente, calamidade pública, ou situação de perigo comum.

.....

III. E, por outro lado o conceito de afastamento do perigo abrange também as situações em que a violação de qualquer daqueles bens eminentemente pessoais de outrem já foi efectivada, mesmo que de forma irremediável, mas cuja extensão ou possíveis futuras consequências se não tornem perceptíveis a quem se depara com a situação em causa»²⁸.

De acordo com tal orientação jurisprudencial (e também doutrinal), parece inequívoco que, mesmo que o doente se encontre em estado terminal, completamente desenganado, o médico não assistente tem, por imperativo do dever de solidariedade penalmente tutelado, a obrigação de ligar ou mandar ligar o aparelho casualmente desconectado, sujeitando-se à incriminação do artigo 200º do C. Penal se o não fizer.

Nem sequer lhe aproveita, para evitar o cumprimento de tal dever, a prerrogativa do artigo 49º do anterior Código Deontológico da Ordem dos Médicos, já atrás referido, que apenas incumbe ao médico encarregado do tratamento do doente (médico assistente ou eventual substituto) e a mais ninguém.

Com efeito, o dever de evitar o *encarniçamento terapêutico* depende de um juízo prévio de avaliação de exclusiva competência do médico ou da equipa médica **responsável pelo tratamento** (ou do Conselho Médico em que o mesmo se integre), sempre alicerçado nos conhecimentos técnico-científicos que o estado de evolução da ciência médica permite e de acordo com a avaliação objectiva do estado psico-fisiológico do paciente confiado aos seus cuidados clínicos.

Nos estabelecimentos hospitalares, existem normas reguladoras de tais tomadas de decisões que vinculam o pessoal médico que aí presta serviço.

Desta forma, não é o estado do doente *às portas da morte* justificador da omissão de auxílio por parte de qualquer médico que, apercebendo-se que o

²⁸ Ac. S.T.J. de 5 de Dezembro de 1996, BMJ 462, 170.

aparelho de respiração assistida (ou outro igualmente relevante) se encontra desligado acidentalmente, não promove a sua atempada ligação²⁹.

Como, de há muito, a doutrina e a jurisprudência, designadamente francesa e belga, têm vindo a sustentar, «a ausência de todas as chances de sobrevivência não dispensa a obrigação de socorrer»³⁰.

A questão do «*encarniçamento terapêutico*» (do francês, *acharnement thérapeutique*) ou *obstinação terapêutica*, reveste-se de considerável melindre e complexidade, já que importa averiguar quando é que se pode dizer, com a segurança necessária, que o doente está perante um estado patológico totalmente irreversível ou que a morte será inevitável a curto prazo.

A segurança necessária que aqui se exige não é, obviamente, um juízo de certeza ontológica, mas sim um juízo de probabilidade alicerçado em dados objectivos, devidamente confirmados, que apontem convicentemente no sentido de um inevitável desfecho fatal, apesar de tais tratamentos serem administrados.

É importante nunca olvidar, como tantas vezes temos insistido nas nossas obras publicadas no âmbito do direito médico, que a cura do doente se processa sob o **signo da circunstancialidade**.

Numa conferência que proferimos em Coimbra,³¹ no âmbito de uma acção de formação de Magistrados, mas aberta aos profissionais de saúde, afirmámos:

«Na responsabilidade médica é de capital importância ter-se presente que, como ensina a penalista espanhola Maria del Carmen Gómez Rivero na sua

²⁹ Em todo o caso, embora o referido médico não pertença ao serviço em que o doente está internado, estando no referido piso, apenas, de visita, tratando-se do único médico presente no momento e tendo-se apercebido do risco de vida do paciente, cremos que outra não poderá ser a sua posição que não a de garante, dada a possibilidade de domínio absoluto sobre a fonte de perigo e, portanto, cumprindo-lhe realizar a acção esperada, isto é, destinada a evitar o resultado infausto, ligando o aparelho.

³⁰ Maria Leonor Assunção, *Contributo para a Interpretação do artigo 219º do C. Penal (O Crime de Omissão de Auxílio)*, Coimbra Editora, 1994, p. 75, nota de rodapé 245.

A autora referida indica, todavia, como defendendo posição contrária, isto é, de que «*não existe dever de socorro quando o desenlace é irremediável... quando, p. ex., a vida corre um perigo absolutamente inconjurável*», Rodríguez Mourullo, *La Omisión de Socorro en el Código Penal*, Tecnos, Madrid, 1966, p. 206.

³¹ Conferência proferida em 12 de Novembro de 2010, a convite do Centro de Estudos Judiciários, num ciclo de intervenções que aquela prestigiosa Escola levou a efeito no Instituto Bissaya Barreto, em Coimbra.

obra de referência *La Responsabilidad Penal del Médico*, que «*todos os pressupostos da responsabilidade do médico decorrem sob o signo da circunstancialidade, daqui decorrendo a impossibilidade de firmar em regras fixas a relatividade dos aspectos a ter em conta na hora de realizar o acto médico*»³².

Efectivamente, todos nós já ouvimos a conhecida expressão «*não há doenças, há doentes*», com isto pretendendo significar que cada organismo responde individualmente à doença e ao tratamento médico.

Todos sabemos que a evolução das patologias, designadamente as infecciosas, do foro cárdio, cerebro-vascular e respiratório e nas crises epidémicas por agentes patogénicos virulentos, depende muito da constituição do paciente, dos seus factores hereditários, do seu estado orgânico e nutricional, dos seus antecedentes nosológicos, dos seus hábitos e vícios, etc., a par de reacção variada e individual aos medicamentos e outros produtos farmacológicos, as respostas do foro imunológico, as idiosincrasias de cada paciente e vários outros factores que seria fastidioso aqui enumerar.

Do exposto resulta, em primeiro lugar, que não pode um caso de responsabilidade médica e, designadamente, o apuramento do erro médico, ser julgado com a relativa simplicidade de um vulgar caso de responsabilidade civil, como, em geral, de um acidente de viação.

Já no recuado ano de 1978, o então jovem Juiz de Direito estagiário, Dr. António Henriques Gaspar, hoje Ilustre Juiz Presidente do Supremo Tribunal de Justiça, referindo-se à culpa médica, escrevia, num seu estudo de referência intitulado «*A Responsabilidade Civil do Médico*» o seguinte:

«Em termos gerais, ter agido culposamente significa ter o médico actuado de tal forma que a sua conduta lhe deva pessoalmente ser censurada e reprovada, isto é, poder-se determinar que, perante as circunstâncias concretas de cada caso, o médico obrigado devia e podia ter actuado de modo diferente.

Diversamente, a actuação do médico, não seria culposa quando, consideradas as circunstâncias de cada caso, ele não possa ser reprovado ou censurado pelo modo como actuou.

³² Maria Del Carmen Gómez Rivero, *La Responsabilidad Penal del Medico*, Tirant lo Blanch (Tratados), 2003 pg. 334.

Em segundo lugar, daqui se conclui pela falibilidade de um prognóstico infausto em muitos casos em que as aparências podem prenunciar a iminência da morte.

Mas o que deve entender-se por *encarniçamento terapêutico*?

Tem-se concebido o encarniçamento terapêutico (também designado por obstinação terapêutica) como «*a aplicação de tratamentos que, sobretudo num contexto de doença avançada e irreversível, se podem considerar inúteis ou de tratamentos que, embora úteis, são desproporcionadamente incómodos para o resultado que deles se espera ou até caros*»³³.

Quanto à ortotanásia, que o mesmo documento define como «*morte em boas condições, com o alívio dos sintomas físicos e psicológicos que provocam o sofrimento*» e que para alguns autores se identifica com a distanásia, de há muito que se vinha entendendo, que a mesma não seria penalmente punível, como afirmava o Professor de Coimbra, José Beleza, na sua Conferência publicada sob a epígrafe *A Ortotanásia como Problema Jurídico-Penal*, e também Maia Gonçalves, numa anotação ao Código Penal de 1886 que, como é sabido, foi o compêndio substantivo penal que nos regeu até à entrada em vigor do actual Código Penal de 1982, embora ultimamente com variadíssimas alterações em relação à versão original.

Ambos os autores citados referem que a eutanásia homicida por omissão, não é punida, citando Garçon, num antiquíssimo escrito de 1901-1906:

*«abreviar a vida por um só instante que seja constitui delito, mas ninguém pensará em castigar o médico que se abster, mesmo que haja aceitado o dever de cuidar do doente, de dar-lhe um remédio que somente poderia prolongar os seus sofrimentos intoleráveis por algumas horas»*³⁴.

Actualmente, a prática de tal conduta omissiva por banda do médico assistente do doente, desde que realizada para afastar o *encarniçamento*

³³ Conceitos Gerais sobre a Morte Digna e Eutanásia, adaptação realizada por Ana Cabral (Movimento de Cidadãos Pró Cuidados Paliativos), do texto «*Conceptos Generales en Torno a la Muerte Digna y la Eutanasia*» do padre Luís de Moya, www.muertedigna.org, com revisão de Isabel Galriça Neto, médica e Presidente da ACPC, disponível em www.apcp.com.pt/.../conceitos_gerais_morte_digna_e_eutanasia.pdf.

³⁴ Maia Gonçalves, *Código Penal Português (na Doutrina e na Jurisprudência)*, 3ª edição, 1977, anotação ao artigo 349º, pg. 543.

terapêutico, verificados, portanto os necessários pressupostos, não preencheria o ilícito típico de homicídio, não por concorrência de qualquer causa de exclusão de ilicitude (causa de justificação), mas seria uma conduta pura e simplesmente atípica no plano jurídico-penal.

Isto porque, dispondo o artigo 58º, n.º 1, do Código Deontológico da Ordem dos Médicos em vigor, que «*nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício*», mostram-se preenchidos os requisitos objectivos e subjectivos assinalados no artigo 150º/1 do Código Penal, pois trata-se da decisão de um médico, tomada de acordo com as *leges artis*, verificando-se indicação médica para a não continuidade de tratamento e sempre tendo no horizonte a finalidade terapêutica de tal tratamento que, *in casu*, se mostra inviável.

De resto, mesmo no regime do anterior Código Deontológico, o disposto no artigo 49º daquele diploma de deontologia profissional, permitiria, em princípio, a mesma solução, na medida em que dispunha que:

«em caso de doença comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o Médico evitar obstinação terapêutica sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição ao mesmo de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de Ser humano».

Dizemos *em princípio*, porque relativamente àquele Código, a questão não era isenta de dúvidas, mas apenas dado o questionado valor jurídico daquele diploma que nunca chegou a ser publicado no Diário da República.

Como é evidente, não cabe nos limites deste estudo a discussão sobre o problema da eventual (in)existência jurídica do aludido diploma, podendo ver-se sobre a matéria o Parecer n.º 99/82, de 14 de Junho de 1982, da Procuradoria Geral da República, publicado no BMJ n.º 321, pg. 193.

De todo o modo, ainda que o velho Código Deontológico da Ordem dos Médicos fosse desprovido de existência jurídica, é importante notar que ele plasmava regras deontológicas e estas integram as denominadas *leges artis* da

profissão médica, a par das regras técnicas e mesmo jurídicas que regulam o exercício profissional.

Como escrevemos na nossa dissertação de Doutoramento, «as *leges artis medicinae* constituem, em suma, um complexo de regras e princípios profissionais, acatados genericamente pela ciência médica, num determinado momento histórico, para casos semelhantes, ajustáveis, todavia, às concretas situações individuais. Em caso de não se ter em conta uma determinada situação individual, a designação apropriada será a de *leges artis medicinae*, não se vendo qualquer adequação na utilização da locução latina «*ad hoc*».

Trata-se, enfim, na expressão anglo-americana tão em voga nos tempos hodiernos, das regras do *know-how* sobre o tratamento médico que devem estar ao alcance de qualquer clínico no âmbito da sua actividade profissional.

Regras de índole não exclusivamente técnico-científica, mas também deontológicas ou de ética profissional,³⁵ pois não se vislumbra qualquer razão, antes pelo contrário, para a exclusão destas da arte médica».³⁶

Aliás, as regras da arte nem sequer carecem de ser escritas, pois podem resultar de práticas consuetudinárias, maioritariamente validadas pela comunidade médico-científica, assim como de ditames da experiência e da prudência que se devam aplicar em situações semelhantes.

Neste sentido, aliás, Figueiredo Dias, quando afirma que «*outra fonte de aferição dos deveres objectivos de cuidado é constituída pelas normas escritas, profissionais e de tráfego, correntes em certos domínios de actividade. Trata-se aqui de normas escritas de comportamento (não jurídicas), fixadas ou aceites em certos âmbitos de actividades e destinadas a conformá-las dentro dos padrões de qualidade e, nomeadamente, a evitar a concretização de perigos para bens jurídicos que de tais actividades podem resultar. O que se passa com as normas profissionais e análogas (nomeadamente as de carácter técnico, as chamadas *leges artis*, quando “escritas”, v.*

³⁵ Já nos afastados anos 60 o Professor espanhol Pedro Pons escrevia: «O extraordinário progresso científico experimentado pela Medicina nestas últimas décadas não afrouxou o sentido humano e tradicional da profissão médica. Apesar destes avanços, a prática diagnóstica, desde o interrogatório até ao exame do doente e as análises laboratoriais, conserva o mesmo sentido hipocrático de outrora».

³⁶ Álvaro C. G. Rodrigues, *A Negligência Médica Hospitalar na Perspectiva Jurídico-Penal* (dissertação de Doutoramento), pg. 41.

g., constantes de um estatuto profissional) relativas às actividades de médicos, dentistas, enfermeiros, engenheiros, arquitectos, caçadores, desportistas, soldados, hotelheiros e outras pessoas ligadas, a qualquer nível, à inteira cadeia alimentar, etc., ilustra bem aquilo que aqui se tem em vista»

A integração de certas regras deontológicas no complexo das *leges artis* permite aferir o cumprimento das leis da arte médica (*leges artis medicinae*), v g., relativamente ao médico assistente que, certificando-se da irreversibilidade do estado terminal do paciente, decide dar cumprimento ao disposto no artigo 58º/1 do Código Deontológico em vigor, evitando o emprego de «*meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício*» e que, assim sendo, se coloca ao abrigo do quadro normativo que constitui um verdadeiro baluarte inexpugnável do direito penal médico³⁷ na medida em que a própria tipicidade (não apenas a ilicitude) de tal conduta, como crimes de ofensas à integridade física ou de homicídio, se mostra excluída.

Sendo a medicina Ciência e Arte, não se justificam dúvidas sobre o carácter simultaneamente técnico e deontológico de várias *leges artis*, designadamente da célebre regra hipocrática «*primum non nocere*», que deve ser o pressuposto *par excellence* de toda a actividade médica.

Esta posição não deve causar estranheza, pois como, já há mais de 40 anos, escrevia o Prof. Figueiredo Dias que «*em poucos domínios das relações sociais como neste o «ético» andarâ tão de mãos dadas com o «legal», na determinação da responsabilidade jurídica*»³⁸.

Sem preocupações de índole estatística, cremos não merecer dúvidas que grande parte das Directivas Antecipadas da Vontade, entre as quais se inclui o Testamento Vital, são manifestações de vontade consciente e esclarecida dos seus autores, como vista a evitar futuros sofrimentos numa situação em que já não estejam em condições psico-fisiológicas de manifestar a sua vontade.

³⁷ Sobre a expressão utilizada, o sentido e a valência normativa do artigo 150º do Código Penal, cfr. o nosso estudo *Responsabilidade Médica em Direito Penal* (Estudo dos Pressupostos Sistemáticos), Almedina, pg. 229 e segs.

³⁸ Cfr. *supra*, pg. 2.

Expressivas, a este propósito, as palavras do médico Ramos de Almeida, comentando uma reportagem televisiva sobre os Serviços de Urgência de dois grandes hospitais, um de Lisboa e outro do Porto:

«A sigla TAC — hoje no vocabulário de toda a gente - é ouvida inúmeras vezes na reportagem. Há a sensação de que nada se diagnostica sem uma TAC e de que em breve passaremos para a ressonância magnética espectroscópica e que serão os próprios doentes a exigí-la.

Outra palavra mágica muitas vezes ouvida é ventilador.

Obviamente que não se discute o seu papel primacial em cuidados intensivos. Sustenta-se porém, que com frequência não é permitido morrer em paz, sem que a agonia seja artificialmente prolongada por uma ventilação mecânica ou evidentemente votada ao insucesso ou continuada para lá da morte cerebral.

Suspeito que tenha sido a pensar nisto que Montaigne disse: «Ce n'est pas la mort, c'est mourir qui m'inquiète».

Na reportagem, estas palavras TAC e ventilador, que representam técnicas sofisticadas, tantas vezes ditas e reditas no ambiente que a seguir se descreve, tinham algo de ridículo e de paradoxal».³⁹

Com efeito, o drama do sofrimento para o próprio e, muitas vezes, para a família do doente às portas da morte, é tão penoso e aflitivo, que a questão do prolongamento inútil ou artificial da vida se coloca amiúde às consciências dos que lidam directamente com tal situação.

Nas situações de síndrome apálico ou estado vegetativo crónico (EVC), levantam-se diversas questões, que aqui não podem ser exaustivamente equacionadas mas, das quais, faremos uma breve síntese.

Assim, e desde logo, a questão da futilidade dos tratamentos!

Revestem-se do maior interesse as palavras do Prof. João Loureiro, sobre esta questão, que aqui *data venia* nos permitimos transcrever, escritas ainda antes da publicação da Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho.

³⁹ J.M. Ramos de Almeida, *A Condição (des) humana*, in Revista da Ordem dos Médicos, Agosto de 1997, pg.26 e segs.

Depois de afirmar que a posição que se lhe afigura sustentável no nosso sistema jurídico só pode ser a de que o paciente em EVC está vivo, gozando de tutela constitucional e legal e que não está ferido de qualquer *capitis deminutio*, João Loureiro equaciona a questão da cessação de tratamentos dos pacientes em estado vegetativo crónico, afirmando que «sendo indubitável que estamos perante vida humana para efeitos do artigo 24º da CRP, a pergunta que emerge é a de saber se poderá ser interrompida a alimentação e hidratação artificiais, desligado o ventilador ou denegados outros tratamentos médicos a estes pacientes.

«Considerando agora, especificamente, os pacientes em EVC, diríamos que não há dúvida que, na primeira aceção, o tratamento não é medicamente fútil: com efeito, com ele consegue-se prolongar a vida, eventualmente de forma não desprezível. Em sentido rigoroso, não estamos perante doentes terminais ou, se o forem, será por outro facto que não a condição vegetativa crónica, sendo de afastar a sua inclusão no leque dos doentes terminais, como tem sucedido com algumas decisões judiciais. Em rigor, em termos de prognóstico, devem ser considerados incuráveis, mas não doentes terminais.

Assim, o estado vegetativo persistente é uma das situações em que o tratamento médico deve cessar, porque:

1) Existência, à semelhança do que acontece noutras situações, de causas autónomas de morte (v.g., impossibilidade permanente de respiração sem o auxílio de um ventilador);

2) Casos em que a decisão de não tratamento é tomada com base numa ideia de futilidade médica, dada a impossibilidade de retornar a um estado consciente.

Assim, no caso de um doente que apenas necessita de tratamentos ordinários, decisiva é uma compreensão da Medicina que entende ser fútil o tratamento quando, apesar da intervenção servir para debelar uma determinada doença (pneumonia), a condição global do paciente não sofrerá evolução e este é vítima de uma perda de consciência irreversível.

Nesta situação, parece, à primeira vista, que se assume como critério decisivo a falta de qualidade de vida do paciente. Traduzindo esta expressão uma das tendências deste fim de milénio, com lugar obrigatório nos programas políticos desde que aí foi introduzida no tempo de J.F. Kennedy, a sua densificação está longe de ser pacífica, oscilando entre um estado ideal (quase paradisíaco) e a garantia de um padrão de vida mínimo. No plano constitucional, a designação aparece-nos em vários preceitos, nomeadamente no art. 9º/d), nos artigos 52º/3 e 66º — aqui associada ao direito ao ambiente —, no art. 81º /a), art.

91º e art. 275º/5 da CRP, mas, em nenhum caso, se abre a porta para, sob a capa da qualidade de vida, se discriminarem os pacientes,

Contudo, não é disso que se trata, mas da qualidade da relação entre a condição médica do paciente e a capacidade deste para prosseguir os fins e as metas da vida ou, como preferem outros autores, uma falta de qualidade de vida enquanto vai referida aos meios. Não significa, de modo algum, uma diminuição da obrigação de respeito para com esses seres humanos, mas apenas um limite ao dever de preservar a vida».

Mais adiante, o Ilustre Professor de Coimbra acrescenta:

«A ideia de que, em relação aos pacientes em EVC, não se devem prosseguir os tratamentos de conservação da vida (life-sustaining treatments) é hoje afirmada pelas Associações Médicas. No plano internacional, registem-se as directivas propostas na Appleton International Conference. No entanto, nem sempre foi assim. A defesa da futilidade parte de um juízo que assenta na irreversibilidade da condição (juízo médico) para uma desvalorização do estado do paciente e indesejabilidade de sobrevivência nessa condição. Esta (des) valorização da (qualidade de) vida está longe de ser pacífica, mesmo ao nível da classe médica, e citando dois «leading cases» da jurisprudência norte-americana podemos confirmar esta asserção: no caso QUINLAN, o médico que a assistia defendia a não futilidade do tratamento; na história de Helga WANGLIE, os peritos médicos defendiam opinião contrária.

A querela médica é expressão de um conflito social de visões sobre a vida e o seu sentido, do enfrentamento entre uma perspectiva que sacraliza a vida biológica e os autores que invocam a qualidade de vida ou a falta dela do doente ou entendem, como nós, que estamos face a casos em que a futilidade do tratamento determina a sua não prossecução. Estamos perante uma discordância ao nível dos valores: deve a vida vegetativa permanente ser preservada a todo o custo, invocando em sua defesa a ideia do carácter sagrado, ou se preferirmos, em termos seculares, inviolável, da vida humana?

Perguntar-se-á se, nestes casos, o critério da vontade terá alguma relevância, nomeadamente nas situações em que, pese embora a inefectividade dos actos médicos, o paciente pretende ser objecto de distanásia. Como vimos, há apenas uma relevância residual da vontade do paciente em relação aos tratamentos médicos».⁴⁰

⁴⁰ João Carlos S. Gonçalves Loureiro, *Metáfora do Vegetal ou Metáfora do Pessoal? (Considerações Jurídicas em torno do Estado Vegetativo Crónico)*, publicado em *Cadernos de Bioética*, n.º 8.

As considerações do Ilustre Professor de Coimbra que vimos de citar, mostram à saciedade quão difícil e polémica é esta questão em termos práticos, tanto mais que, com o advento da Lei das Directivas Antecipadas de Vontade a que nos temos vindo a referir, a opção do legislador está plasmada em termos claros ao dispor que nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício».

O legislador não impõe que se verifique o estado vegetativo do paciente, antes considerando suficiente para a interrupção medicamentosa a verificação de «doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural» sendo, no entanto, certo que os tratamentos a administrar sejam susceptíveis de induzir mais sofrimento inutilmente (*induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício*) conceito que, a nosso ver, é de tal modo indeterminado e fluido que, a breve trecho, demandará decisões judiciais com vista à sua densificação.

Dois *leading cases* ocorridos nos EUA e que causaram enorme discussão pública e debates na comunicação social da época, ilustram bem a problemática da cessação de tratamentos e intervenções médicas no âmbito hospitalar.

A) Caso Karen Ann Quinlan

A Revista *Time* de 3 de Novembro de 1975 noticiou o caso de Karen Ann Quinlan.

Filha de pais desconhecidos e adoptada pelo casal Quinlan, nascida na Pensilvânia, era uma jovem cordial e amiga de sair, excelente nadadora e esquiadora, fazendo parte do coro da sua igreja, sendo uma rapariga não muito conversadora, mas popular, que tinha terminado os estudos secundários em 1972.

Em 1974 foi despedida da empresa onde se encontrava a trabalhar, por motivo de redução do pessoal da mesma, não obstante ser estimada pelos superiores como uma trabalhadora boa e aplicada.

Após a perda do emprego, Karen saiu da casa dos pais adotivos, obteve um novo trabalho e estabeleceu amizades que não eram compatíveis com o seu anterior modo de vida tendo, algures nesse percurso, se iniciado no consumo de estupefacientes, sendo tida pelos amigos como uma consumidora ocasional de marijuana e uma consumidora habitual de comprimidos, estimulantes ou calmantes, consoante o seu estado de espírito.

No dia 14 de Abril de 1975, sob estado depressivo, Karen ingeriu alguns calmantes e, de seguida, esteve num bar a comemorar o aniversário do namorado, onde, depois de ter bebido gin com água tônica, entrou em estado de sonolência, «*começando a cabecear*».

Foi ajudada pelos amigos, que a levaram a casa e meteram-na na cama, tendo ela desmaiado, nunca mais recuperando os sentidos.

Foram feitas tentativas de reanimação, por respiração boca a boca, e chamada uma ambulância.

Karen tinha, na altura, 22 anos de idade.

Em 15/04/75 entrou na emergência do Newton Memorial Hospital, de New Jersey/EUA em estado de coma, de causa nunca devidamente esclarecida.

Após dez dias de internamento, Karen foi transferida para o Hospital St. Clair de New Jersey.

Os pais adotivos, Joseph e Julia Quinlan, sendo informados da irreversibilidade do caso e após conversa com seu pároco, Pe. Trapasso, solicitaram, em 01/08/75, a retirada do respirador.

O Dr. Morse, que era o médico assistente, embora tendo concordado com a solicitação no primeiro momento, recusou-a no dia seguinte, invocando problemas morais e profissionais.

A família requereu autorização judicial para a suspensão de todas as medidas extraordinárias, alegando que a paciente havia manifestado, anteriormente, a sua rejeição em continuar viva se apenas fosse mantida por aparelhos.

O Juiz responsável pelo caso, em 10/11/75, não autorizou a retirada dos aparelhos.

O Magistrado fundamentou a sua decisão no facto da paciente ter feito tal declaração fora do contexto real em que ora se encontrava.

Karen Ann sofreu danos cerebrais irreversíveis em virtude de insuficiência respiratória prolongada.

Após a sua transferência para o St Claire's Hospital, foi ligada ao aparelho de ventilação mecânica, nunca se tendo apurado, com rigor, as causas da insuficiência respiratória de que veio a padecer antes de tal internamento neste último estabelecimento hospitalar.

Karen encontrava-se em estado vegetativo persistente.

Nos meses que se seguiram, permaneceu internada no hospital, enquanto a sua condição se degradava gradualmente, com perdas de peso, a ponto de ter chegado a pesar 36 kg.

Apenas sobrevivia por força da alimentação por via nasogástrica e com o suporte ventilatório artificial,

Depois de passados vários meses, os pais de Karen Ann, constatando a irreversibilidade do estado da filha solicitaram a suspensão da ventilação mecânica.

O hospital indeferiu tal petição e, em 1976, os pais de Karen levaram o caso ao Supremo Tribunal de New Jersey que, finalmente, deu provimento à petição dos pais da desditosa jovem.

Porém, após a retirada da ventilação mecânica, Karen Ann Quinlan continuou a respirar naturalmente, mantendo-se alimentada por sonda nasogástrica por mais nove anos, até à sua morte por pneumonia, ocorrida em 1985.

2) Caso Debbie

Um médico interno de Ginecologia, que estava de plantão num grande hospital privado norte-americano, foi chamado a meio da noite, para atender uma paciente de 20 anos, em fase terminal, que ele nunca tinha antes visto e que padecia de um carcinoma do ovário.

Segundo informações dadas ao médico pela enfermeira de serviço, a jovem doente tinha sido acometida por vômitos incoercíveis, possivelmente em consequência de gotas de álcool aplicadas como sedativo.

A paciente não respondeu à quimioterapia e estava a receber apenas medidas de suporte, estando acompanhada pela mãe quando o médico chegou.

Estava a receber oxigénio, tinha-lhe sido colocada uma sonda intravenosa e era evidente que estava com uma enorme dificuldade respiratória, permanecendo sentada na cama para poder respirar.

Havia dois dias que não conseguia comer ou dormir.

Estava com cerca de 40 kg de peso corporal e tinha vômitos frequentes.

Debbie disse ao médico, que não a conhecia até aquele momento, apenas a seguinte expressão: "*Doutor, terminemos com isto!*"

O médico foi à sala de enfermagem e mandou preparar 20 mg de morfina e, regressando ao quarto da doente, disse às duas senhoras que iria dar uma injeção que possibilitaria a Debbie descansar e despedir-se.

A paciente e a sua mãe nada reponderam e o produto foi injectado

Em apenas 4 minutos, o ritmo respiratório tornou-se progressivamente mais lento, depois irregular e, por fim, cessou. A mãe manteve-se de pé e parecia mais aliviada.

Este texto é uma adaptação resumida do elaborado pelo próprio médico que assim procedeu e que o publicou, com o título «*It's Over, Debbie*», *A Piece of My Mind*, sob anonimato, no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) n.º 259 de 8 de Janeiro de 1988.

O autor remata o referido texto, com estas impressionantes palavras: *It's Over, Debbie* (Acabou-se, Debbie)⁴¹.

A respeito deste caso, seja-nos permitida, com a devida vénia, a transcrição de uma pequena passagem de um artigo de Kenneth L. Vaux, com o título *A*

⁴¹O texto integral encontra-se publicado em idioma português em «*Eutanásia, As Questões Morais*», org. por Robert M Baird e Stuart Rosenbaum, Bertrand Editora, pg. 29 e pode ver-se, em breve síntese, in www.bioetica.ufrgs.br/debbie.htm.

Morte de Debbie. Homicídio por Misericórdia e a Boa Morte, onde este autor escreve:

«Uma leitura deste diário ambíguo e melodramático dá a entender que o caso de Debbie pode ser de eutanásia de duplo efeito: a paciente morreu em consequência da medicação ministrada numa tentativa de aliviar a dor e com o conhecimento de que iria apressar a morte. A morfina não é, normalmente, um veneno mas sim um analgésico e 20 mg dificilmente poderão ser considerados uma dose assassina. O médico não teria a possibilidade de saber, com a confiança despidorada que transparece na sua narrativa, que a sua injeção iria matar. É mais provável que tenha procurado proporcionar alívio e repouso à jovem moribunda, sabendo que iria apressar-lhe a morte.

Na sequência de uma finalidade legítima, e até obrigatória, de aliviar o sofrimento, abreviou as horas que lhe restavam de vida. Se estamos perante uma interpretação verdadeira do caso de Debbie, representa uma circunstância de eutanásia de duplo efeito moralmente aceitável (aquilo a que tecnicamente se chama agathanasia, uma morte melhor). O efeito secundário é infeliz, revoltante até, ..mas não é contrário à ética.

O relatório da Comissão Presidencial sobre Decisions to Forego Life-Sustaining Treatment e muitos textos sobre cuidados oncológicos defendem que é admissível utilizar o tratamento analgésico contra as dores e dificuldades respiratórias da fase terminal do cancro, mesmo que isso apresse a morte. Como afirma o relatório da Comissão Presidencial:

«Nenhuma morte é mais aflitiva para o paciente consciente... do que a resultante de insuficiência respiratória. Se não for tratado, o paciente lutará pelo ar até à exaustão, quando a narcose do dióxido de carbono e a hipóxia progressiva provocam, finalmente, uma morte muito rápida. Com o consentimento da família, poderá ser ministrada morfina... Se o paciente já estiver bastante exausto, as respirações mais lentas induzirão a hipercapneia, que perpetuará a sedação e o paciente morrerá no sono subsequente».

E que se passa com o assassínio intencional por razões de misericórdia — a eutanásia activa e directa?

Será esse acto aceitável alguma vez, em termos médicos ou éticos? Mesmo que seja proibida, poderá ser liberta da perseguição legal ou da censura profissional? Ao longo dos séculos, quando o paciente e o médico haviam chegado a um entendimento claro e o desejo do clínico era libertar o doente das suas dores incuráveis, a maior parte dos assassínios misericordiosos foi exculpada com base no espírito e não na letra da lei. Em toda a nobre

jurisprudência e, por maioria de razão, na ética dos cuidados aos moribundos, os princípios absolutistas devem ser sempre temperados com a misericórdia»⁴².

Questão que assumia grande relevo neste domínio, antes do advento da Lei que instituiu, entre nós, as Directivas Antecipadas de Vontade e especialmente o Testamento Vital, era a de saber se a nutrição e a hidratação artificiais se deveriam integrar no conceito de tratamentos e, conseqüentemente, estarem sujeitos ao regime de cessação tal como os demais tratamentos em caso de estado vegetativo ou terminal do paciente, ou se, pelo contrário, se deveriam considerar como actos de cuidado médico, e portanto, fora de tal regime.

Neste capítulo, é de citar a lição de João Gonçalves Loureiro, quando afirma que, segundo uma das perspectivas em confronto, a nutrição e a hidratação artificiais são verdadeiros tratamentos médicos e, como tais, devem cessar quando:

1.1. O tratamento deva ser considerado como fútil, estando a Medicina impedida de prosseguir os seus fins (critério da inefectividade do tratamento);

1.2. Mesmo que não se considere o tratamento como fútil numa acepção médica, tenha sido o paciente condenado a (sobre/sub) viver num "*limbo biológico*" (análise em termos de qualidade devida);

1.3. Para quem não aceite o critério da qualidade de vida, utiliza-se o teste da proporcionalidade⁴³.

Este teste de proporcionalidade realiza-se, segundo o mesmo Ilustre autor, mediante o equacionamento e ponderação dos riscos custos-benefícios.

O apoio argumentativo desta posição consiste, na sua essência, em considerar a alimentação e a hidratação do paciente como verdadeiros actos médicos, por isso que não pelas vias normais e de forma usual, exigindo perícia médica, nas suas formas de instalação de tubo intravenoso ou mediante gastrostomia ou jejunostomia⁴⁴.

⁴² Kenneth L. Vaux, in obra citada na nota anterior, pg. 38/39.

⁴³ J.G. Loureiro, op.cit., pg. 56 e 57.

⁴⁴ Idem ibidem.

Nos antípodas de tal posição, temos a outra concepção, segundo a qual, a alimentação é um acto de cuidado ordinário e não um acto médico *qua tale* e, deste modo, insusceptível de cessação quando cessarem os tratamentos clínicos, em sentido técnico.

No caso *Cruzan v. Harmon*, o Supremo Tribunal do Estado de Missouri decidiu que «*common sense tells us that food and water do not treat an illness, they maintain life*».⁴⁵

É, no entanto, primordial ter presente que esta posição sobre a administração da alimentação e da hidratação artificiais ao doente não é pacífica entre os autores.

Com efeito, o mesmo argumento que foi esgrimido no voto de discordância da Juíza Sandra Day O'Connor,⁴⁶ na decisão confirmatória do *United States Supreme Court* sobre o caso *Cruzan v. Harmon*, isto é, de que a alimentação e a hidratação artificiais não devem ser distinguidas dos tratamentos médicos em geral (tratamentos técnicos), justamente porque a intubação nasogástrica e a administração parentérica dos nutrientes exigem técnicas e cuidados especiais do foro médico, tal como a intubação endotraqueal para a assistência respiratória por ventilação mecânica, dados os riscos de lesões, particularmente no aparelho respiratório ou no tubo digestivo, até eventualmente mortais, que poderão causar se mal executadas.

Muito mais se poderia dizer sobre tão controversa quão sedutora temática, pois o Testamento Vital não é seguramente um instituto jurídico consensual e pacífico, mas não o consente a dimensão deste estudo.

Por outro lado, esta é uma daquelas realidades jurídicas e sociais que, pelo seu carácter controverso e delicado, concita amplo debate com o contributo de

⁴⁵ No entanto, verificou-se nesta decisão um voto contra da Juíza Sandra Day O'Connor, como nos dá conta a seguinte notícia: «The Missouri Supreme Court in *Cruzan* disagreed that nutrition and hydration were medical treatments stating that "common sense tells us that food and water do not treat an illness, they maintain life." However, the U.S. Supreme Court in the *Cruzan* case in a dictum from Justice Sandra Day O'Connor disagreed: "Artificial feeding cannot readily be distinguished from other forms of medical treatment. The techniques used to pass food and water into the patient's alimentary tract all involve some degree of intrusion and restraint. Requiring a competent adult to endure such procedures against her will burdens the patient's liberty, dignity and freedom to determine the course of her own treatment."»

⁴⁶ Cfr. nota supra.

vários quadrantes, pois não há certezas adquiridas e ninguém se atreve a sentir-se dono da verdade.

Aguardemos, portanto, a emergência de tais contributos para um salutar arejamento e adequada sedimentação de ideias e convicções, de forma a que possamos contar com um substancial cabedal de conhecimentos pragmáticos e científicos ao nos afoitarmos em areias tão movediças como são estas que ora se nos deparam. ■

ÁLVARO DA CUNHA GOMES RODRIGUES
Juiz Conselheiro Jubilado
Doutor em Direito.

O AUTOR

Álvaro da Cunha Gomes Rodrigues é Juiz Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça (Jubilado)

1. GRAUS ACADÉMICOS E CURSOS

- 2008 | *Doutor em Direito* (Ciências Jurídico-Criminais), pela Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Direito, Escola de Lisboa, com classificação final de *magna cum laude*;
- 2003 | *Mestre em Direito* (Ciências Jurídico-Criminais), pela Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa, com classificação final de 17 valores. Dissertação: “*Erro médico e culpa – Estudo sobre a responsabilidade penal do médico*”. Dissertação publicada: *Responsabilidade médica em direito penal*, Almedina, 2007.
- 2006 | *Curso de Pós-Graduação* em Responsabilidade Médica, Centro de Direito Biomédico;
- 1999 | *Curso de Pós-Graduação* em Direito de Medicina, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Centro de Direito Biomédico). Trabalho final: “*Consentimento informado, pedra angular da responsabilidade do Médico*”. Classificação final: Muito Bom;
- 1998 | *Curso de Pós Graduação* em Direito Penal Económico e Europeu, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Classificação final: Muito Bom;
- 1975 | *Licenciatura em Direito*, Faculdade de Direito da Universidade Clássica de Lisboa.

2. PERCURSO PROFISSIONAL

- 2009 | *Juiz Conselheiro* do Supremo Tribunal de Justiça;
- 1999 | *Juiz Desembargador* (Tribunal da Relação de Évora);
- 1998 | *Juiz de Círculo* (Círculo Judicial de Portimão);
- 1995 | *Inspector Judicial* (Conselho Superior da Magistratura);
- 1992 | *Vogal do Conselho Superior da Magistratura* (eleito).

Anteriormente, exerceu funções como:

- *Juiz de Direito* (Comarcas de Seixal, Figueira de Castelo Rodrigo e Almeida, Portimão (Tribunal de Trabalho) e Círculos Judiciais de Portimão (Tribunal de Círculo) e Faro (Tribunal de Família e Menores));
- *Delegado do Procurador da República* (Comarcas de Lisboa, Ponte de Sor e Sintra).

3. OUTRAS FUNÇÕES EM EXERCÍCIO / EXERCIDAS

- *Juiz Formador* de 6 magistrados judiciais (na fase de estágio)
- *Presidente do Conselho Consultivo do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE* (cargo não remunerado: nomeação por despacho do Ministro da Saúde, na sequência de convite por deliberação do Conselho de Administração e com autorização do Conselho Superior da Magistratura).

4. TRABALHOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS

- 4.1. *Esquema Sinóptico sobre a Responsabilidade Médica em Geral (breves anotações)* - publicado pelo Centro de Direito Biomédico da Fac. Direito de Coimbra, na *Lex Medicinæ*, ano 4 – n.º 8/2007, pg. 85-96.

- 4.2. *"O Crime de Recusa de Médico numa visão panorâmica entre o pretérito e o presente no Direito Penal"*, publicado pelo Centro de Direito Biomédico da Fac. Direito de Coimbra, na Lex Medicinæ, ano 4 – n.º 7/ 2007, pg. 27-36.
- 4.3. *"Aspectos Pluriformes da Responsabilidade no Direito Rodoviário"* in «Acidentes de Viação (responsabilidade civil e criminal por defeitos de construção e manutenção das estradas)», AA.VV., ed. Livraria Petrony, 2007, pg. 15-37.
- 4.4. *"Responsabilidade Médica em Direito Penal (Estudo dos Pressupostos Sistemáticos)"*, Almedina, 2007 (Dissertação de Mestrado, defendida na Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa/ Lisboa).
- 4.5. *"Em torno da Composição e Funcionamento do Conselho Superior da Magistratura de Portugal. Um Olhar Português"*, Bol. da Associação Sindical dos Juizes Portugueses, IV Série, n.º5, Abril de 2005, pg.227/237.
- 4.6. *"Consentimento Informado, Pedra Angular da Responsabilidade Criminal do Médico"*, Direito da Medicina I, Centro de Direito Biomédico (Faculdade de Direito) de Coimbra, Coimbra Editora, 2002, pag. 5 a 51.
- 4.7. *"Reflexões em Torno da Responsabilidade Civil dos Médicos"*, "Direito e Justiça", Revista da Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa, vol. XIV, 2000, T3.
- 4.8. *"Reflexões em Torno do Sistema Sancionatório no Direito Penal Económico"* (Relatório Final do Curso de Pós – Graduação em Direito Penal Económico e Europeu, disponível na Biblioteca da U.Coimbra, Instituto do DPPE).
- 4.9. *"A Responsabilidade Disciplinar no Estatuto dos Juizes Portugueses Face às Novas Exigências Sociais"* – Bol.Associação Sindical dos Juizes Portugueses, n.º 6, II Série, Novembro 99, pg. 15 a 29.
- 4.10. *"Controlo Garantístico dos Direitos do Arguido pelo Juiz de Instrução"* in "Direito e Justiça", Revista da Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa vol. XIII, T3, Lisboa, 1999.
- 4.11. *"As Consequências Jurídicas do Crime nos Delitos Antieconómicos"* in "Direito e Justiça", Revista da Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa vol. XIII, T2, Lisboa, 1999.
- 4.12. *"Breves Perspectivas sobre a Protecção dos Menores no Plano da Intervenção Judiciária"* in O Direito dos Menores: Reforma ou Revolução? in Caderno da Revista do M. Público, Ed. Cosmos, Lisboa, Julho de 1998.
- 4.13. Parecer de que foi relator, aprovado pelo CSM em 13/12/94 e publicado no Bol. Informativo n.º 4 do referido Órgão.
- 4.14. *"O Poder Judicial na Perspectiva de Futura Revisão Constitucional"* in Boletim Informativo do Conselho Superior da Magistratura, n.º4 (Dez. 94).
- 4.15. *"Alguns Aspectos da Filiação nos Ordenamentos Jurídicos Português e Brasileiro (Breve Estudo de Direito Comparado)"* conferência publicada in "Direitos da Família e dos Menores" 3ª ed. sob a direcção do Juiz do Supremo Tribunal Federal, Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira, Belo Horizonte, Brasil, 1993.

5. TRABALHOS QUE AGUARDAM PUBLICAÇÃO

- 5.1. *"Recolha e Valoração da Prova nas Acções Cíveis Emergentes de Acidente de Viação"*, texto de conferência realizada no Centro de Estudos Judiciários (CEJ) em 19 de Abril de 2007, publicado na Colectânea do CEJ *"Acidentes de Viação – Doutrina"*, AAVV.

- 5.2. "O art.º 150.º, n.º 1 do Código Penal, Círculo de Ouro ou de Ferro no Direito Penal Médico?, aguarda publicação em «Direito e Justiça», Revista da Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa.
- 5.3. Dissertação de Doutoramento — "A Negligência Médica Hospitalar na Perspectiva Jurídico-Penal (Estudo sobre a Responsabilidade Criminal Médico Hospitalar)", Almedina, 2013.

6. CONFERÊNCIAS PROFERIDAS E OUTRAS ACTIVIDADES

- 6.1. "Qualidade de Vida, Digno Nível de Vida e Direitos Sociais" (Direito ao Trabalho e Emprego. Trabalho Infantil e os Direitos da Criança. Os Direitos Sociais e os Direitos dos Estrangeiros Extra-Comunitários nos nossos dias), Comissão de Justiça e Paz, Évora, a convite de S.Ex^a Rev^a, o Bispo do Algarve.
- 6.2. "O Contrato de Trabalho a prazo em Portugal -Análise de Alguns Aspectos -Lições do Presente e perspectivas Futuras". Conferência proferida na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Faro em 28 de Maio de 1988.
- 6.3. "Responsabilidade do Empregador nos Acidentes de Trabalho". Conferência proferida na Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo, do Instituto Politécnico de Faro em 4.5.90.
- 6.4. "Alguns Aspectos da Filiação nos ordenamentos jurídicos Português e Brasileiro (Breve Estudo de Direito Comparado)". Intervenção proferida nas Primeiras Jornadas Judiciais Luso-Brasileiras, Lisboa, 1991.
- 6.5. "Alguns Dados de Observação sobre a Nova Reforma do Processo Civil", Comunicação ao V Congresso dos Juizes Portugueses em Viseu.
- 6.6. Discurso proferido no Salão Nobre do Supremo Tribunal de Justiça, como Vogal do Conselho Superior da Magistratura, na cerimónia da posse dos novos Juizes – Junho/94, Lisboa.
- 6.7. Representou o Estado Português na Conferência Judiciária Regional organizada pelo Conselho da Europa, em Março de 2000, sob o tema "La Justice Independente Garante de Stabilité en Europe de Sud' Est", realizada em Budapeste.
- 6.8. Em 1996 chefiou, em missão de cooperação, uma Equipa que se deslocou à República de S. Tomé de Príncipe, numa acção de formação sobre Inspecções Judiciais.
- 6.9. Cooperação com Moçambique, por indicação do Conselho Superior da Magistratura, a convite do Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários de Maputo, onde organizou e leccionou um Curso de Formação de Inspectores Judiciais e do Ministério Público, elaborando também um Projecto de Manual das Inspecções Judiciais e do Ministério Público, em 2003, versando e analisando diversos aspectos de classificações e critérios de promoção nos países europeus (sistemas anglo-saxónico e continental) sob o prisma juscomparatístico e efectuando uma análise paralela dos dispositivos constitucionais, legais e regulamentares de Portugal e Moçambique, relativos aos sistemas das inspecções de magistrados de ambos os países.
- 6.10. Cooperação com a República de Cabo Verde, a pedido expresso do CSM de Cabo Verde ao CSM de Portugal, onde colaborou na estruturação do serviço de Inspecções Judiciais daquele país, em 2004.
- 6.11. Palestra realizada em Madrid no âmbito das Jornadas Consejos Generales, promovidas pelo Consejo Superior del Poder Judicial de Espanha, em conjunto com a MEDEL, em 16 e 17 de Janeiro/2005, sendo tal palestra centrada na seguinte temática: «Composición y Funciones del CSM portugués. Significado y alcance de la Reforma Operada por la Ley 88/87 de 23/12. El CSM, de órgano de auto-gobierno a órgano de gestión y disciplina de la Magistratura Judicial».

- 6.12. Conferência proferida no auditório da Universidade Católica em Lisboa, em 30 de Setembro de 2005, com o título Aspectos Pluriformes da Responsabilidade no Direito Rodoviário, seguido de debate, integrado no Colóquio «Velhas e Novas Culpas» realizado pelo OSEC/ Universidade Católica Portuguesa.
- 6.13. Intervenção como orador no Seminário sobre Ética Judicial, Direito Civil e Processo Civil e Direito Criminal e Processo Penal, realizado na República da Guiné-Bissau, a convite do Supremo Tribunal da Justiça do referido país, no período de 4.10.06 a 13.10.06, integrando uma Equipa que se deslocou de Portugal, constituída por mais dois Juízes Desembargadores.
- 6.14. Conferência proferida no seminário sobre Problemáticas Relativas aos Acidentes de Viação. Produção e Valoração da Prova, realizado na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, no dia 19 de Abril de 2007, no âmbito de Acção de Formação Permanente do Centro de Estudos Judiciários, tendo a referida conferência a designação de «Recolha e Valoração da Prova nas Acções Cíveis Emergentes de Acidente de Viação».
- 6.15. Intervenção, a convite de S.Ex^a o Presidente do Supremo Tribunal de Justiça, no Colóquio sobre «Cooperação entre os Supremos Tribunais da Comunidade dos Países e Territórios de Língua Portuguesa», realizado no Supremo Tribunal de Justiça, em Lisboa, nos dias 16 e 17 de 2008, com a presença dos Presidentes dos Supremos Tribunais de todos os países de Língua Portuguesa.

7. INTERVENÇÕES NO CENTRO DE ESTUDOS JUDICIÁRIOS

- 7.1. Integrou Júris de concursos ao CEJ para ingresso nos Cursos de admissão às Magistraturas Judicial e do Ministério Público por três vezes como vogal e três como Presidente de Júri.
- 7.2. Foi participante e apresentou uma comunicação nas Jornadas de Processo Civil realizadas em Beja, no dia 20 de Julho de 1997, levadas a cabo pelo Centro de Estudos Judiciários e pela Ordem dos Advogados, como consta do documento que se junta.
- 7.3. Em 17 de Outubro de 1997, foi participante e apresentou uma comunicação nas Jornadas de Processo Civil, levadas pelas mesmas entidades referidas na no ponto anterior, na cidade de Portimão.
- 7.4. No ano de 1998/99, participou como palestrante do tema «Deontologia e Inspecções Judiciais», a convite do Exm^o Director do CEJ, na Acção Complementar de Formação realizada em 30 de Abril de 1999, no Salão Nobre do Tribunal da Relação de Coimbra.
- 7.5. Nesse mesmo ano, em 31 de Maio, participou com palestra de tema idêntico numa Acção Complementar de Formação realizada em Lisboa no Centro de Estudos Judiciários.
- 7.7. Foi orador na Acção de Formação do XVII Curso Normal dos Auditores de Justiça, realizada em 13 de Julho de 2000 e genericamente designada por «Gestão dos Tribunais e Relações Interpessoais».
- 7.7. Em 19 de Abril de 2007, a convite do Exm^o Director – Adjunto do CEJ, Juiz Desembargador Tomé Gomes, participou na Acção de Formação Permanente «Problemáticas Relativas aos Acidentes de Viação» apresentando uma conferência sobre o tema «Produção e Valoração da Prova em Juízo: Julgamento de Facto: análise crítica da prova, decisão e motivação».
- 7.8. Em Novembro de 2010, a convite da Exm^a Directora do Centro de Estudos Judiciários, Exm^a Juíza Desembargadora Ana Galdes proferiu, no âmbito de uma acção de formação realizada no Instituto Bissaya Barreto, em Coimbra, uma conferência subordinada ao tema «Responsabilidade Civil por Erro Médico: Esclarecimento/Consentimento do Doente».



Data  **enia**

Revista Jurídica Digital

ISSN 2182-6242

Ano 2 • N.º 03 • Fevereiro 2015

