

A Resolução CFM 1805/2006, e os Cuidados Paliativos: reflexões sobre seus aspectos psicológicos e jurídicos¹.

Eduardo Dantas² e Luciana Hodges³

RESUMEN:

Este trabajo intenta discutir los efectos de la Resolución CFM 1805/2006, bajada por el Consejo Federal de Medicina de Brasil, y sus implicaciones para los profesionales de salud, pacientes y sus familiares. Esta Resolución, aprobada por el CFM en el año 2006 tenía el objetivo de promover la humanización del proceso de fin de vida, permitiendo a los facultativos la práctica de la ortotanasia – limitación o total suspensión de tratamientos mantenedores de pacientes terminales – cambiándoles por cuidados paliativos. A pesar de estar firmemente basada en la defensa de los derechos constitucionales y en el principio bioético de la autonomía, la Resolución enfrenta problemas, especialmente en relación al código penal brasileño.

La importancia de los cuidados paliativos y los desafíos enfrentados por los profesionales de salud se presentan bajo un punto de vista psicológico. El objetivo principal de este trabajo es la discusión de las consecuencias de esta Resolución bajo las perspectivas psicológicas y legales, destacando la necesidad de cambio de la legislación, y la necesidad de entrenamiento de los médicos y profesionales de salud.

Palabras clave: ortotanasia, Resolución CFM 1805/2006, cuidados paliativos, autonomía.

ABSTRACT:

¹ Artigo publicado anteriormente no volume 08 da *Revista de Direito Médico e da Saúde*, Brasil, em dezembro de 2006.

² **Eduardo Vasconcelos dos Santos Dantas** é advogado, formado pela Universidade Federal de Pernambuco. Vice-Presidente da *Asociación Latinoamericana de Derecho Médico*. Presidente da APEDIMES – Associação Pernambucana de Direito Médico e da Saúde. Presidente da Comissão de Saúde e Biodireito da Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional Alagoas. Pós-graduado em Direito Civil, com especialização em Direito do Consumidor pela *Universidad de Castilla-La Mancha* – Toledo, Espanha. Mestre em Direito Médico pela University of Glasgow – Escócia. Membro da *Association Française de Droit de la Santé*. Membro do *Council of Presidents* da *World Association for Medical Law*. E-mail: eduardodantas@eduardodantas.adv.br Home Page: <http://www.eduardodantas.adv.br>

³ **Luciana Vasconcelos dos Santos Dantas Hodges** é psicóloga, formada pela Universidade Católica de Pernambuco, com Especialização em *Psicologia da Família e Realidade Social* pela FAFIRE – Faculdade Frassinete do Recife. Doutoranda em *Psicologia Cognitiva* pela Universidade Federal de Pernambuco. Fundadora da APEDIMES – Associação Pernambucana de Direito Médico e da Saúde. E-mail: h.luciana@gmail.com

The present paper aims to discuss the effects of the Resolution CFM 1805/2006, issued by the Federal Council of Medicine and its implications for health care professionals, patients and patients' families. This resolution approved by the Brazilian CFM in 2006 intends to promote the humanization of death and dying, by allowing doctors to practice orthothanasia – limitation or total suspension of treatments that prolong the lives of those patients considered to be terminally ill – and to provide palliative care for such patients. Although the Resolution is firmly based on the defense of constitutional rights and on the bioethical principle of autonomy, from a legal point of view it opposes the current Brazilian legislation, especially when confronted with the criminal code. The importance of palliative care and the challenges faced by Brazilian health care professionals in instituting its practice are discussed under a psychological light. The main purpose of this paper is to debate the consequences of this Resolution from both legal and psychological perspectives, and to stress the need for change in the Brazilian Law and in the professional training of doctors and other health care professionals.

KEY-WORDS: Orthothanasia, Resolution CFM 1805/2006, palliative care, autonomy.

O Conselho Federal de Medicina aprovou e fez publicar em Diário Oficial da União, em 28 de novembro de 2006, a Resolução CFM número 1805/2006, permitindo aos médicos limitar ou suspender tratamentos e procedimentos que prolonguem a vida de doentes em fase terminal portadores de enfermidades graves e incuráveis, garantindo-lhes os cuidados paliativos para minimizar o sofrimento causado pela doença, desde que para isso (limitação ou suspensão do tratamento) se tenha a concordância do próprio paciente ou de seus familiares.

O texto causou grande polêmica, abrindo debates e acaloradas discussões em diversos segmentos sociais. E trouxe para fora do meio médico termos como eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio assistido, razão pela qual convém explicá-los de maneira adequada.

A eutanásia é o ato de provocar, de facilitar a morte de outra pessoa que esteja sofrendo de uma doença grave e, na maioria das vezes, dolorosa. Depende de um ato inequívoco, como a aplicação de altas doses de sedativo, ou substâncias letais em um paciente terminal. Difere do suicídio assistido porque neste último, a ajuda para morrer é expressamente solicitada por um paciente que não tem mais condições de se movimentar, ou de agir por conta própria neste sentido.

A ortotanásia, ou “boa morte” – objeto da Resolução já mencionada – é a suspensão, diminuição ou retirada de medicação, equipamentos ou procedimentos que sirvam para prolongar artificialmente a vida de um doente, abreviando-lhe o sofrimento, e permitindo que a vida siga seu caminho natural até a extinção. Não ressuscitar um paciente vítima de parada cardiorespiratória parece ser um bom exemplo.

Em caminho diverso segue a distanásia. Esta consiste em prolongar de modo artificial, a vida de paciente sem qualquer perspectiva viável de cura ou melhora.

O tratamento de doentes terminais, e o encaminhamento das questões relativas ao fim da vida, sempre foi um dos maiores dilemas enfrentados pelos médicos intensivistas, que foram treinados e ensinados a encarar a morte como uma derrota, e o prolongamento da vida como o único procedimento aceitável.

O problema é complicado, porque envolve aspectos biomédicos, jurídicos e religiosos. Nos cabe aqui – apenas e tão somente – discutir a recente Resolução em seu aspecto jurídico, e sob a luz de seus efeitos psicológicos sobre os atores envolvidos no procedimento.

Em primeiro lugar, é necessário esclarecer que a Resolução do CFM não tem amparo, e nem muito menos força legal. Trata-se de mera recomendação, e que neste caso específico, contraria a legislação vigente, principalmente o Código Penal, que proíbe e criminaliza toda e qualquer forma de auxílio ao suicídio, ou a prática de homicídio doloso qualificado. O que se busca arrogantemente permitir, com a Resolução, é a prática de um crime com nome e sobrenome. E, fato mais grave, cometido por quem

tem o dever legal de dar assistência a quem quer que se encontre em iminente perigo de morte.

Não se pode deixar de mencionar que, com a edição desta nova Resolução, tacitamente se revoga outras disposições conflitantes, existentes na Resolução CFM número 1246/1998, mais conhecida como *Código de Ética Médica*, afetando específica e diretamente os seguintes:

Art. 21 [É direito do médico] Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidas aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art. 42 [É vedado ao médico] Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 55 [É vedado ao médico] Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Art. 66 [É vedado ao médico] Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

A revogação é inevitável posto que a Resolução posterior tem o condão de efetivamente revogar os dispositivos anteriores, existentes em normas deontológicas de mesma hierarquia. Há que se refletir, e também atentar para um fato de praticidade imediata: como ficam as sindicâncias e processos ético-profissionais em andamento, nos quais estejam sendo analisadas as condutas capituladas nos artigos acima mencionados? Em nosso sentir, devem ser encerrados de imediato, uma vez que perderam o sentido, com a revogação tácita daquelas normas.

O que se quer levantar, nesta oportunidade, é o fato de que a Resolução 1805/2006 trata de assunto para o qual o Conselho Federal de Medicina é incompetente, em seu sentido jurídico: ou seja, deliberar sobre matéria objeto da legislação penal. O texto da

Resolução atinge, contraria e ofende, de uma só vez, os artigos 121,122 e 286 do Código Penal Brasileiro, que definem como crime o homicídio, o auxílio ao suicídio, e a incitação à prática de crime.

Não fosse suficiente, a Resolução ainda dá poderes ao representante legal do paciente para dispor da vida deste último, em caso de estar o mesmo impossibilitado de expressar sua vontade. Além da própria temeridade natural que isso representa, é flagrantemente ilegal, e sem precedentes na história legislativa do país.

Há, portanto, um claro paradoxo, que se transforma em efetivo problema para os médicos, quando de sua atividade: o Conselho Federal de Medicina tem por atribuição o disciplinamento das normas éticas da profissão. Assim, as condutas descritas na Resolução CFM 1805/2006, ainda que venham a servir como excludentes de responsabilidade ética perante os Conselhos de Medicina, não deixaram de ser tipificadas pela legislação pátria como crimes. A responsabilidade civil e a responsabilidade penal dos médicos continua inalterada, quanto às condutas autorizadas pela Resolução. Ou seja, sob o ponto de vista legal, nada se alterou.

É preciso que se exponha claramente, portanto, aos profissionais médicos que a adoção daqueles procedimentos – ainda que sob concordância do paciente, de seus familiares ou responsável legal – pode torná-los civil e criminalmente responsáveis, sujeitos aos respectivos processos indenizatórios e procedimento penal.

Léo Pessini⁴ acrescenta, com propriedade:

No atual código de ética médica, de 1988, notamos importante mudança de ênfase. O objetivo da medicina não é apenas prolongar ao máximo o tempo de vida da pessoa. O alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano e o critério para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-lo ou não (cf. art. 2º). O compromisso com a saúde,

⁴ Em seu artigo “Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira”, publicado na Revista Bioética 2004, Vol. 12, No. 01.

principalmente se entendido como bem-estar global da pessoa e não apenas ausência de doença, abre a possibilidade para outras questões no tratamento do doente terminal, além das questões curativas. Mesmo assim, continua firme a convicção, também encontrada em códigos anteriores, de que “O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana (...)” (art. 6º). Esta tensão entre beneficiar o paciente com tratamentos paliativos, que talvez abreviem sua vida mas promovem seu bem-estar físico e mental, e a absolutização do valor da vida humana no seu sentido biológico gera um dilema que alguns médicos preferem resolver a favor do prolongamento da vida.

....

Fica também claro no código de 1988, em seu art. 57, a obrigação do médico de “(...) utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance (...)”, mas a medida do seu uso não é sua eficácia em resolver o problema, como controlar tecnicamente o sofrimento e a morte, mas sim “(...) em favor do paciente”, isto é, o critério fundamental é que seja em benefício do paciente. Isto nos permite questionar se a gestão técnica da dor e do sofrimento, bem como o adiamento indefinido do momento da morte, são sempre de interesse do paciente. Atualmente, esta situação ficou muito mais crítica com o surgimento da Aids e a abordagem terapêutica do paciente na fase final.

Não há, em nossa ótica, dúvidas quanto a intenção veiculada no texto da Resolução CFM 1805/2006. Não se quer discutir sua relevância e pertinência. Todavia, a forma utilizada para se atingir o fim pretendido é incorreta, e sujeita os médicos que se quer proteger a um nível de insegurança jurídica muito maior, e portanto, inaceitável. Não se pode impedir ninguém, pessoas ou entidades representativas, de discordar da legislação vigente. Entretanto, a modificação dos diplomas legais é precedida de um procedimento legislativo próprio, e que não pode ser ignorado. Da maneira como foi

feita, a Resolução contraria a Lei, sujeitando seus seguidores à responsabilidade penal correspondente.

A Resolução em comento, necessário que se mencione, é calcada na alegação da defesa de princípios constitucionais, como a dignidade da pessoa humana, e a proibição de tratamento desumano ou degradante, claramente expostos nos artigos 1º, III e 5º, III – da Constituição Federal. São princípios efetivamente importantes, que se somam ao princípio bioético da autonomia, mas conflitam com a defesa da vida (o *sanctity of life*, da doutrina estrangeira).

Ao tratar da existência e o reconhecimento de um direito do paciente à morte com dignidade e autonomia, Leticia Ludwig Möller⁵ bem expõe o conflito enfrentado entre o eticamente desejável e o legalmente permitido:

O uso inapropriado e excessivo das tecnologias aplicadas ao tratamento médico de pacientes em estágio terminal, acarretando o prolongamento de um final de vida penoso (com frequência, para além do que seria o desejado pelo próprio doente, desprezando seu direito ao exercício da autonomia, vem conformando a idéia e a necessidade da afirmação da existência de um direito a morrer de forma digna. A expressão “direito à morte” ou “direito à morte digna” já pode ser encontrada em estudos sobre fim da vida que buscam o diálogo entre diferentes áreas do conhecimento, tais como a medicina, a ética e o direito. Os defensores do direito a morrer-se com dignidade, de um modo geral, estão vislumbrando a situação do paciente terminal que é exposto a tratamentos que apenas prorrogam o momento da sua morte, não lhe trazendo benefícios, mas tão-somente dor e sofrimento – não desejando esses autores, com frequência, estender essa defesa à prática da eutanásia (ativa). O morrer com dignidade, assim, costuma relacionar-se com a idéia de morrer em paz, com integridade física e

⁵ In *Direito à morte com dignidade e autonomia*. Ed. Juruá, Curitiba, 2007. pp 95-98.

espiritual, ou ainda, de morrer no momento certo, com conforto e alívio do sofrimento.

...

Compartilhamos do entendimento de Ronald Dworkin, de que possui importância a maneira como morremos, devendo ser respeitado, de um modo geral, o direito do indivíduo a que sua morte seja um reflexo do modo como viveu, que esse momento guarde uma coerência com os valores e convicções expressos em vida – especialmente se este for o desejo manifesto do enfermo, e dentro dos limites (conforme já referido).

Outro aspecto relevante a ser considerado é o fato de que a prática da medicina paliativa já é uma realidade na grande maioria das instituições hospitalares brasileiras, sendo positiva, no sentido de não privar o doente terminal do convívio de seus familiares. Esta postura, segundo seus defensores, respeita um dos pilares da bioética, que é o princípio da autonomia, o direito do paciente em decidir os rumos de seu próprio tratamento. Estaria ainda em concordância com o respeito à dignidade humana, princípio insculpido no primeiro artigo de nossa Constituição Federal.

A morte é uma condição universal: dela não podemos fugir. Num mundo e numa época permeados de dúvidas e inseguranças, a única certeza que temos é que vamos, todos, morrer. Caminhamos, ainda que contrariados, em direção ao fim de nossas vidas. Eis a condição humana. Somos, até onde nossos limitados instrumentos de estudo nos dizem, os únicos seres que podem ter plena consciência de sua mortalidade. Grande parte - há quem diga toda - da angústia que sentimos provém disto: de saber que vamos morrer, e não saber mais nada. Temos nossos pensamentos e crenças que nos guiam, porém só o que podemos afirmar é que haverá um momento em que a nossa existência, tal como a conhecemos, cessará.

De um ponto de vista estritamente racional, a morte é apenas um dos muitos aspectos da vida. Nada mais natural. No entanto, falar sobre a morte, essa companheira que está cada dia mais presente desde o momento em que nascemos, nos causa desconforto tal que transformamo-la em verdadeiro tabu. Associamo-na com medo, frustração, dor, sofrimento e desespero. Tentando ignorar a realidade inegável de sua existência, evitamos falar sobre ela: negamos às crianças a compreensão do fenômeno da morte e o direito de despedir-se dos entes amados; negamos a nós mesmos compartilhar o sofrimento com as pessoas queridas; negamos aos estudantes das profissões de saúde uma discussão profunda sobre o tema que os ajudaria a lidar melhor com o assunto dentro de sua prática profissional. Criamos uma ilusão de imortalidade, desperdiçando assim a oportunidade que a aceitação de nossa finitude nos dá: a oportunidade de refletir sobre a vida e a percepção de que o tempo que temos é limitado, e portanto precioso. Vivê-lo com qualidade é a verdadeira tradução do que é uma vida bem vivida.

É dentro desta perspectiva de ênfase à uma vida digna e de qualidade que trabalham os profissionais de saúde que se dedicam aos cuidados paliativos. Tais cuidados buscam aliviar o sofrimento de pacientes cujos diagnósticos médicos indicam que não têm chances de cura, através do controle dos sintomas (não só físicos, mas de diversas ordens) e de promoção de uma vida com a melhor qualidade possível até o derradeiro momento. É a busca da “boa morte”.

Inerente aos cuidados paliativos está a tentativa de resgatar uma vivência mais humana no relacionamento entre o doente e a equipe de profissionais que dele cuida. Especial atenção também é dada à humanização dos processos de morte e de luto, que nas doenças prolongadas costumam ser intensos e caracterizados por longos períodos de esgotamento emocional e estresse.

Nos cuidados paliativos, a pessoa é tratada, e não a doença. Essa mudança aparentemente simples faz uma grande diferença. Ela abre espaço para uma percepção das singularidades do indivíduo, levando assim a uma compreensão mais acurada de suas reais necessidades. Tratar o paciente com respeito e preservando-lhe a

dignidade só é possível quando ele é considerado em seu contexto e suas nuances. É condição *sine qua non* para que possamos vê-lo em sua condição de ser humano, e não de doente, que estejamos abertos à escutar suas inquietações, medos, desejos e sentimentos, quer se manifestem no verbal ou no não-dito.

Kübler-Ross⁶ aponta cinco estágios do morrer, cada um com características próprias. No estágio de negação, o paciente utiliza esse mecanismo de defesa numa tentativa de lidar com a ansiedade frente à própria morte. No estágio da raiva, surge uma revolta contra o diagnóstico, o prognóstico, e muitas vezes contra Deus e contra os que estão à sua volta. O paciente pode mostrar-se agressivo com seus familiares e com os profissionais que dele cuidam. No estágio da barganha, há uma tentativa de negociar sua cura, fazer boas ações para que seja por elas recompensado. O quarto estágio descrito pela autora é a depressão, no qual o paciente entra em contato com um profundo sentimento de perda e pode se mostrar calado e isolado dos demais. Por fim, há o estágio de aceitação, no qual o desespero dá lugar a um sentimento de paz. Cabe ressaltar que, embora esses estágios sirvam de parâmetros para a compreensão do processo pelo qual o enfermo passa, eles não se apresentam numa ordem rígida e a forma como são vivenciados, bem como a duração de cada um, é variável para cada indivíduo. É importante respeitar cada uma dessas fases permitindo ao paciente vivenciá-las.

Enquanto na medicina tradicional o profissional de saúde parece encorajado a voltar-se para a tentativa de prolongar a duração da vida evitando a morte, na medicina que atenta para os cuidados paliativos a busca é de prolongar o que nos faz humanos, preservando ao máximo a liberdade de fazer escolhas conscientes. A vida não é apenas considerada em seu sentido biológico, mas engloba também aspectos sociais, psíquicos e relacionais. Enquanto existe vida existe também o potencial para o crescimento emocional, intra e interpessoal.

⁶ KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 1996.

Implícita a uma discussão sobre cuidados paliativos está a questão do modo como o ser humano é percebido, pois a visão de homem que o profissional da área de saúde possui, influencia de forma direta sua postura e seu trabalho – esteja ele consciente de suas concepções ou não.

Caso as concepções dos profissionais estejam inseridas dentro de um paradigma que atribui ao homem uma essência identitária, ele não será visto como passível de mudanças e de crescimento, e sim como alguém sempre igual a si mesmo, portanto não afetado pelo outro. Nessa perspectiva há uma valorização da estabilidade: os conflitos humanos são vistos negativamente, tidos como desequilíbrios que devem ser banidos por ameaçarem a estabilidade. Este homem é pensado como um ser passivo, cabendo portanto ao profissional de saúde a detenção do saber e a total responsabilidade pelo curso de seu tratamento.

Há, entretanto, um outro paradigma que vem se fortalecendo e que fornece as bases para as mudanças pleiteadas pela medicina paliativa: o homem visto como ser processual, ou seja, um homem que constrói a si mesmo, ativamente, à medida em que vive. Isso significa que ele nunca permanece estático ou chega ao final da construção de si mesmo. Pelo contrário, encontra-se num contínuo vir a ser, ultrapassando aquilo que é pelo que está em vias de se tornar. A processualidade do homem se dá através do encontro com o outro, numa relação dialética em que afeta e é igualmente afetado, sendo a afetação mútua o requisito para o crescimento. Os conflitos, longe de serem vistos como negativos, são os promotores do crescimento e estimulam e desenvolvem o potencial de adaptação.

A ênfase, nessa visão paradigmática, está no potencial do ser humano para fazer mudanças, ressignificar suas vivências e estabelecer projetos de vida para si. Sua capacidade de fazer escolhas conscientes lhe confere a possibilidade de buscar sua auto-realização de forma criativa e responsável. Dentro dessa perspectiva, o paciente não é passivo perante os profissionais de saúde e os diagnósticos recebidos.

No paradigma que vê o paciente na sua totalidade de ser humano, este tem autonomia sobre sua vida. Portanto, não há espaço para um profissional de saúde que se apresente de forma autoritária: as intervenções possíveis e as implicações de cada uma delas devem necessariamente ser discutidas com clareza e franqueza entre médico, equipe, paciente e familiares. Com isso, mantém-se a dignidade do paciente e lhe é permitido que faça as escolhas que, para si, sejam as mais adequadas, ou seja, atendam aos seus melhores interesses. Ao falar de escolhas, não nos referimos somente àquelas que envolvem a ponderação sobre os riscos e os benefícios dos possíveis tratamentos e intervenções médicas, e sim incluímos as resoluções de vida e as despedidas.

Negar ao paciente o esclarecimento sobre suas reais condições não é uma forma de protegê-lo. Pelo contrário, significa deixá-lo sozinho sem a chance de compartilhar suas aflições e sentindo-se traído ao perceber que não pode confiar plenamente naqueles a cujo cuidado encontra-se submetido. Quando a família decide manter segredo ou mentir para o paciente sobre seu diagnóstico e prognóstico, inevitavelmente estará criando uma barreira emocional que dificultará a livre expressão dos afetos nos relacionamentos.

Poder atravessar o fim da vida de maneira consciente e sentindo-se valorizado e respeitado enriquece a vida do paciente no sentido de promover um maior senso de fortalecimento emocional. Este é pré-requisito importante para o estabelecimento de prioridades mais claras e para uma mais profunda conexão com os entes amados.

Os cuidados paliativos cumprem ainda o papel de ajudar os familiares do paciente a enfrentar o processo de deparar-se com a dor da situação de perda iminente de um membro querido.

O universo familiar é sistêmico, e portanto a repercussão da existência de um membro que necessita de cuidados paliativos é impactante para cada um dos demais membros e para a unidade familiar como um todo. A família enfrenta um luto antecipatório e prolongado, visto que o sentimento de perda se instala desde o diagnóstico, e as

questões emocionais que afloram nesse longo período de stress precisam ser reconhecidas e abordadas.

Ser capaz de expressar a dor e compartilhar sentimentos promove o fortalecimento individual e familiar. Afastar-se do doente não alivia a dor de ninguém e causa ao doente a dor extra do abandono em vida.

Para se capacitar a atuar apropriadamente nos cuidados paliativos, faz-se necessário ao profissional um preparo que vai além do domínio técnico. Tão importantes quanto a segurança no conhecimento adquirido são o preparo pessoal que consente deparar-se as próprias limitações e com o enfrentamento das dúvidas e angústias que a temática da morte suscitam, e ainda o que aqui chamamos de preparo interpessoal, indispensável quando a proposta é verdadeiramente acompanhar o paciente, acolhendo-o e à sua família em suas aflições e atuar enquanto facilitador do relacionamento entre ambos, em prol de uma vida sempre digna.

A grande virtude desta Resolução é trazer para o palco a discussão que até então permanecia restrita aos corredores dos hospitais. A ciência evoluiu ao ponto de permitir que se prolongue artificialmente uma vida terminal de maneira indefinida, sob sofrimento, de forma mecânica, sem propósitos e a qualquer custo, fugindo assim a medicina de seu objetivo primeiro. Neste ponto, absolutamente defensável a discussão do tema, até para que as críticas lançadas permitam o seu aperfeiçoamento, de forma direta e sem dissimulações.

Não se pode, entretanto, permitir que procedimentos legais sejam atropelados e descumpridos. Não há como legislar através de mera Resolução, sobre matéria de competência exclusivamente constitucional. O que os médicos precisam entender é que o que possuem em mãos é um indicativo ético *interna corporis* apenas, e não uma autorização legal para praticar o que ainda é considerado crime.

Há muito se sabe que Lei e Justiça são conceitos diferentes, e muitas vezes, absolutamente distantes um do outro. Entretanto, há que se cumprir a letra fria da lei,

ou buscar sua modificação através dos canais competentes, e nunca, vilipendiá-la como se pretende.

Cabe, por fim, uma última reflexão: se os médicos já se viam tolhidos por planos de saúde, para evitar a realização de exames e procedimentos considerados caros, que pensar agora, que podem se sentir “autorizados” pelo próprio Conselho Federal de Medicina a descartar pacientes que considerem “inúteis” e dispendiosos? No contexto do SUS, então, poderá ser uma alternativa para o corte de despesas. Um grave crime perpetrado contra o direito à vida, e a dignidade humana.