

---

## Entrevista • Henrique Moraes Prata, especialista em Direito e Bioética



O tratamento de saúde não pode causar sofrimento desnecessário

ao paciente. É isso que defende o advogado e filósofo **Henrique Moraes Prata**, autor da tese de doutorado *Enfermidade e infinito: direitos da personalidade do paciente terminal*, que ganhou menção honrosa no Prêmio Destaque USP na área de Ciências Sociais Aplicadas em 2013.

Em sua tese, Henrique Prata articula, orientado por Silmara Chinelatto, o Direito e a Filosofia para uma reflexão sobre o prolongamento do processo de morrer. Para ele, a altíssima complexidade tecnológica e biomédica existente atualmente representa um desafio ao Direito, sobretudo aos direitos da personalidade de pacientes terminais.

“Nos momentos finais da existência humana, nas atuais condições hipermedicalizadas em que os moribundos padecem, as lesões a direitos da personalidade ocorrem no ponto em que o tratamento médico persiste no intuito curativo com medidas fúteis ou exageradas”, afirma em sua tese.

A discussão, que segundo ele está atrasada no Brasil, já é mais bem enfrentada no exterior. Na última semana, a Suprema Corte do Reino Unido [decidiu](#) que os médicos não são obrigados a submeter um paciente em estado terminal a qualquer procedimento só para prolongar sua vida. Quando não há chances de cura, nem perspectiva de uma sobrevivência minimamente decente, manobras de ressuscitação, por exemplo, podem ser abandonadas.

E isso é exatamente o que defende Henrique Prata. Segundo ele, diante de um cenário de morte iminente e irreversível com prognóstico fechado, decisões terapêuticas devem ser tomadas a fim de se garantir o tratamento mais adequado e que ofereça maior conforto ao paciente.

Formado em 2000 pela USP, Henrique Prata conta que, em sua trajetória acadêmica, tratou do início da vida em seu mestrado e do fim da vida no doutorado. Mestre em Direito Civil Comparado pela Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, na Alemanha, com a tese *Rechtliche Aspekte der Babyklappe und der anonymen Geburt in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der französische Tradition des accouchement sous X und des Urteils des Europäischen Gerichtshofs für*

---

*Menschenrechte im Fall Odièvre*. "Embora o nome seja longo, dizia basicamente respeito ao direito às próprias origens genéticas", conta. Ele comparou os direitos na França e na Alemanha para saber se existe, no âmbito europeu, o direito de a pessoa conhecer os seus genitores genéticos. Enquanto a França não permite, a Alemanha permite o acesso irrestrito a esses dados.

Durante o mestrado, teve seu primeiro contato com a Bioética, ao conhecer o professor Tade Matthias Spranger, e chegou à conclusão de que precisaria estudar Filosofia para enfrentar questões bioéticas. Após se formar em Filosofia pela USP, Henrique Prata então iniciou sua tese de doutorado, defendida também na USP, com período "sanduíche" na Alemanha e *visiting scholar* nos Estados Unidos.

Além de se dedicar aos estudos, Henrique Prata é diretor jurídico do Hospital do Câncer de Barretos e coordenador acadêmico do curso de Medicina, na Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos. Também é colaborador na Direito GV e atua como subcoordenador no Grupo de Estudos e Pesquisas em Biodireito e Bioética da Faculdade de Direito da USP, que é coordenado por Silmara Chinellato.

### **Leia a entrevista:**

#### **ConJur — Como surgiu a ortotanásia?**

**Henrique Prata** — A ortotanásia é a morte natural, ou seja, o processo adequado para se promover o melhor tratamento de sintomas a um paciente terminal até o momento em que a vida dela permitir ir adiante. É um conceito novo, sobre o qual não se falava há 50 anos. Por que se começou a falar sobre ortotanásia? Porque houve um enorme desenvolvimento da tecnologia que me permite tratar de forma, teoricamente, "infinita". No momento em que a tecnologia permite tratar, prolongar o final da vida, e estender além do que seria a morte natural, eu passo a ter que definir esse conceito.

#### **ConJur — No desenvolvimento da tese você deve ter se deparado com situações emocionalmente chocantes. Tem alguma situação que te marcou?**

**Henrique Prata** — Eu não trabalhei com entrevistas, nem com casos concretos. Na literatura, eu encontrei alguns casos marcantes e que me ajudaram a desenvolver o meu raciocínio. O que mais me marcou é o que o deve ser pensado, é a não inversão do raciocínio do que seja a vida restante. A falta de uma alteração, como premissa da tese, de que eu tenho que buscar, sobretudo, a qualidade da vida que resta. E não me preocupar tanto com a quantidade. Há o paciente terminal com base em evidências científicas, com dados que me dão clareza que é um paciente com óbito previsto. Nesse contexto, porque não pensar em qualidade de vida, em escolha terapêutica, e pensar em quantidade de vida? Claro que a quantidade é importante. Todo mundo quer viver o máximo possível. Mas eu não posso ignorar a qualidade dessa vida.

#### **ConJur — Quer dizer que, em determinados casos, vale mais a pena o sujeito ir para casa e aproveitar os últimos sem um tratamento rigoroso?**

**Henrique Prata** — Tem uma frase que costumam dizer em cuidados paliativos que é: quando não há mais nada a fazer, há muito o que se fazer. Ainda que eu esteja falando em cuidados paliativos, eu estou falando de um tratamento rigoroso. A diferença está na alteração do objetivo do tratamento. Ele deixa de ser curativo para ser cuidador. Às vezes o tratamento é até maior, porém com outras terapêuticas que não apenas aquelas curativas — que são às vezes agressivas, que geram uma situação que debilita e prejudica a condição geral desse paciente. Eu passo a enxergar a pessoa, não como um conjunto de sintomas, mas

como um ser humano. Então, eu vou parar de pensar em todos os tratamentos que eu poderia investir para tentar prorrogar em mais uma hora a vida dessa pessoa e vou colocar uma equipe multidisciplinar que vai cuidar dela como um todo, que vai acompanhar e que vai tratar de todos os sintomas, o que se chama cuidados paliativos.

**ConJur — Como é que seria esse tratamento paliativo?**

**Henrique Prata** — Suponhamos que eu tenha um paciente que não respondeu bem a uma série de terapias tentadas, que não tem demonstrado que responderá com a continuação do tratamento e que tem fatores que deixam claro de que é um caso que se encaminha para um óbito. O que são cuidados paliativos? É a aproximação do cuidar para indivíduos que têm possibilidade de morrer num futuro relativamente próximo em razão de doença séria e incurável, para quem o principal foco do cuidado é a qualidade de vida, o controle dos sintomas, principalmente da dor, e o apoio à família do paciente. A comunicação é muito importante na relação médico-paciente. Eu converso com ele com toda delicadeza e com uma equipe interdisciplinar treinada para isso. Dependendo do contexto, alguém da família, chama uma enfermeira, psicóloga e conversa com a pessoa. Você tem que explicar e, com uma comunicação bem feita, ele vai entender que não significa não tratar. Significa tratar mais ainda, mas com coisas que façam sentido para o real estado clínico daquele paciente. Existem unidades hospitalares dedicadas a isso.

**ConJur — Em que momento essa inversão de tratamento é decidida?**

**Henrique Prata** — A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os cuidados paliativos sejam iniciados desde o diagnóstico. Quanto antes dou início ao tratamento, maior a qualidade de vida que eu dou para esse paciente. Para decidir quando haverá a inversão do objetivo do tratamento é utilizada uma curva, apresentada pela própria OMS, que trata da doença desde o diagnóstico até a morte. De acordo com essa curva, há um momento que, com base na ciência, é possível identificar que não haverá cura e que irá morrer dentro de um curto espaço de tempo, seja esse de seis ou três meses, de acordo com a definição estabelecida — o prazo para definir o que é um paciente terminal varia de país para país. Esse é o ponto de inversão. É o ponto sobre o qual detenho minha análise do Direito da Personalidade do paciente. Se eu não alterar o tratamento nesse ponto eu gero lesão aos Direitos da Personalidade.

**ConJur — Como assim?**

**Henrique Prata** — Existem diversos conceitos de pessoa. Eu trabalho com o conceito de que todo ser humano é pessoa. Independentemente da condição, se aquela pessoa não está morta — morte encefálica —, ela é uma pessoa. Portanto, tem seus direitos e a insistência desses tratamentos afeta uma série deles.

**ConJur — Quais, por exemplo?**

**Henrique Prata** — Dignidade. O Conselho Federal de Medicina, ao editar a Resolução 1.805/2006 — que trata da ortotanásia — fala que o prolongamento é uma tortura. Além disso, pega todos os direitos da personalidade, a questão da imagem da pessoa, direito à imagem, direito a conduzir a própria vida.

**ConJur — E quanto à afirmação de que o direito à vida está sobre todos os direitos?**

**Henrique Prata —** O que é que é direito à vida? A qual vida? Por que é que eu vou continuar com um tratamento agressivo, desproporcional? Eu estou visando qual bem? Não é a pessoa. Porque eu posso continuar tratando esta pessoa muito melhor do que se insistir com um tratamento agressivo.

**ConJur — Como você tem sentindo esse interesse dos médicos pela tese?**

**Henrique Prata —** Há um interesse grande. Diferentemente das discussões jurídicas, a comunidade médica discute mais objetivamente e tem mais tranquilidade em abordar determinados detalhes que nem surgem, às vezes, em discussões jurídicas. Os médicos me perguntam muito o porquê da incapacidade do Legislativo de regular essas questões. E por que é que só existe regulação por parte do Conselho.

**ConJur — E por que há essa incapacidade do Legislativo?**

**Henrique Prata —** Especificamente, sobre questões bioéticas ou questões mais controversas eu acredito que o Legislativo se protege ou não enfrenta as questões por receio do que aquilo possa significar para o eleitorado. Tem um projeto de lei (6.715/2009), do senador Gerson Camata (PMDB-ES), que é um bom projeto, apesar de tímido, sobre a ortotanásia. Ele tem o apoio de praticamente toda a sociedade, várias igrejas, associações, OAB e não avança. Não tem lógica. Há uma grande expectativa, por parte dos médicos, de que essas questões sejam reguladas pelo Legislativo e não apenas pelo Conselho.

**ConJur — O projeto de reforma do Código Penal aborda a eutanásia e a ortotanásia.**

**Henrique Prata —** Não gosto desse projeto. Diferentemente do PL 6.715, que é coeso, o projeto do Código Penal abandona uma série de discussões anteriores e mistura conceitos. Ele traz insegurança sobre a eutanásia, porém precisa ser alterado no que diz respeito a ortotanásia.

**ConJur — O que diz o projeto do Código Penal?**

**Henrique Prata —** Está lá no artigo 122, sobre eutanásia: matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe o sofrimento físico insuportável em razão de doença grave. Pena: prisão de dois a quatro anos. Parágrafo primeiro — o juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima. Porém, no parágrafo segundo está o mais complicado: Exclusão de ilicitude — não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.

**ConJur — Meios artificiais podem ser inúmeras coisas, não é?**

**Henrique Prata —** É. E permite uma série de questões de eutanásia.

**ConJur — Pode-se permitir a eutanásia, na verdade.**

**Henrique Prata —** É. O projeto não leva em consideração as discussões que haviam até então sobre ortotanásia, que é um ponto mínimo que a gente devia regular; confunde conceitos, e trata de eutanásia. Então, nesse aspecto, o projeto precisa ser alterado.

**ConJur — No projeto 6.715/2009, você falou que ele é tímido. O que seria uma legislação ideal para a ortotanásia? O que ela deveria levar em consideração?**

---

**Henrique Prata** — Ela poderia captar mais a vontade do paciente. O 6.715 poderia ter previsto o momento ou um documento, algo que concretizasse a visão que o paciente tem sobre a sua própria vida. O que o projeto poderia ter levado em consideração era, primeiro, abarcar também, questões pessoais do paciente, valores que norteassem mais a terapêutica do fim de vida, em primeiro lugar. Em segundo, a forma de captar essa vontade e de dar segurança jurídica a essa vontade.

**ConJur** — **Fala do testamento vital?**

**Henrique Prata** — O testamento vital e as suas diretivas.

**ConJur** — **Hoje existe uma norma sobre testamento vital?**

**Henrique Prata** — Declaração de vontade sobre tratamento de saúde é algo que sempre existiu. Isso lá atrás, antigamente, quando se morria em casa. Na realidade, antigamente se pensava muito sobre o momento da morte, que era um momento tão importante quanto qualquer outro da vida. Eu falava: "Eu quero morrer na minha cama, encontrar as pessoas do meu lado, eu quero um objeto religioso, o meu cachorro, que fechem os meus olhos". Isso sempre existiu. No Brasil, as declarações em cartório de vontade sobre o fim da vida começaram a surgir com a questão da cremação, por volta da década de 70, que no início exigia uma declaração pública para que a pessoa fosse cremada. Algumas pessoas aproveitavam e dispunham sobre outros temas. Isso era feito, e feito com tranquilidade por alguns cartórios. Alguns se recusavam, ainda hoje alguns cartórios se recusam, principalmente com essa questão atual do Testamento Vital. Mas, era feito.

**ConJur** — **Como acontece nos dias de hoje?**

**Henrique Prata** — Hoje temos a Resolução 1.995/2012 do CFM que trata do chamado testamento vital — que eu não gosto do termo — e diz que basta o médico anotar no prontuário.

**ConJur** — **Por que é que você não gosta do termo?**

**Henrique Prata** — Porque não é um testamento vital. Primeiro, porque testamento é algo que diz respeito a bens e para depois da morte. Usa-se um termo quase contraditório, ou impreciso, para uma situação que, na realidade, o que eu tenho são diretivas antecipadas de tratamentos médicos futuros.

**ConJur** — **Hoje essas diretivas são feitas pelo prontuário?**

**Henrique Prata** — No ano passado surgiu essa resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina que prevê que seja em prontuário, que é um ato unilateral do médico. Eu saio de uma não regulação de tema para dizer que, olha, basta o médico ter anotado no prontuário questões relativas a tratamento em final de vida. Seria interessante, por exemplo, ainda que fosse no prontuário, mas que o paciente apusesse sua assinatura.

**ConJur** — **Como deveriam ser feitas as diretivas antecipadas da vontade?**

**Henrique Prata** — O modelo que eu gosto mais é o modelo da Alemanha (*clique [aqui para ler](#)*), como do Estado da Baviera, por exemplo. Porque capta consideração os valores das pessoas e que serão utilizados para balizar escolhas médicas quando ela estiver inconsciente. Não entra em detalhes, eu quero isso, eu não quero isso — por exemplo a reanimação —, como os formulários POLST (*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*) dos Estados Unidos. Ele fala: "Como é que você imagina sua vida?" "Como é que você se relaciona com as outras pessoas?" (*clique [aqui para ler](#)*)

**ConJur** — **No Brasil, a resolução 1.805/2006 do CFM é a que está valendo?**

---

**Henrique Prata** — Sim, embora o Ministério Público Federal tenha proposto uma ação questionando esta resolução. Houve sentença, em primeira instância, favorável à ortotanásia e o Ministério Público não recorreu. (*clique [aqui](#) para ler a sentença*)

**ConJur** — **E quanto à resolução de 2012?**

**Henrique Prata** — O Ministério Público Federal também moveu ação e os autos estão conclusos para sentença desde 8 de outubro de 2013. O pedido de liminar para suspensão da resolução foi indeferido. Portanto, a resolução continua válida até o momento. (*clique [aqui](#) para ler a decisão*)

**ConJur** — **Com a legislação atual, existe o risco do médico ser processado e denunciado por causa da ortotanásia?**

**Henrique Prata** — A possibilidade de alguém denunciar sempre existe. Ainda que o PL 6.715 seja aprovado.

**ConJur** — **E essa é uma preocupação do médico?**

**Henrique Prata** — Sim. Por que é que não se regula? Diante do arsenal tecnológico para prolongar a vida, por que há a condenação acerca do que seja tratamento adequado até o momento de óbito no caso de um paciente terminal. Qual a dificuldade da sociedade em entender a ortotanásia? Ela é uma questão óbvia, de reconhecer que a tecnologia nos jogou nesse cenário de poder tratar além da conta. Eu não estou diminuindo a vida de ninguém. Eu só estou dizendo que existem alguns casos, também não são todos, de paciente terminal em que eu posso entrar numa prorrogação que vai gerar sofrimento, que é fútil, danosa, desproporcional.

**ConJur** — **Você falou que teve um caso durante sua pesquisa que te marcou. Você pode contar pra gente?**

**Henrique Prata** — Tem uma narrativa de uma jornalista americana, filha de um pai que teve um fim de vida conturbado em razão dos excessos tecnológicos e da falta de clareza que eles tiveram sobre o que significava cada tentativa. É um caso fevereiro de 2012. Diz respeito, um pouco, à questão médico-paciente. No Brasil, a gente tem um modelo mais paternalista. Nos Estados Unidos tem muito a questão da autonomia. Se você pegar pessoas instruídas, isso vai para um patamar ainda mais alto. Lá, elas querem discutir quase de igual para igual com o médico. Ou o que a jornalista chega a falar, de que, apesar da autonomia, existe uma hierarquia e um esperar alguma informação — uma ajuda de decisão por parte do médico, digamos —, a fragilidade que eles viveram naquele momento fez com que ocorressem excessos. E que, nem mesmo sendo instruídos, eles, no caso concreto, conseguiram evitar. Então, isso me fez pensar muito na questão de quando trazer a discussão sobre diretivas antecipadas de vontade, ou de quais são os valores pessoais que estão em jogo.

**ConJur** — **Qual o gasto atualmente nesses tratamentos, quando a morte é certa mas insiste-se em um tratamento intensivo, por exemplo?**

**Henrique Prata** — Dados do Ministério da Saúde de 2009 mostram que 82% de pacientes com câncer morrem nos hospitais. Dos pacientes gerais, 74% morrem em hospitais. Então, hoje em dia, se morre em hospital. E se morre, sobremaneira, com medicina de alta complexidade. Atualmente, os gastos com alta complexidade representam mais que o dobro dos valores investidos na atenção básica, segundo dados do Datasus. E isso não acontece só no Brasil, mas em outros países também.

**ConJur** — **Como você viu o julgamento do Supremo sobre o aborto de fetos anencéfalos?**

---

**Henrique Prata** — Como não estudei no doutorado o caso específico prefiro não entrar no mérito. Entretanto, o que eu percebo é que a agenda Bioética brasileira está há uns 40 anos atrasada. A Bioética é uma visão interdisciplinar das coisas. É um ramo da filosofia prática, que tem método próprio, e que deve ser trabalhado cientificamente, com argumentos válidos, premissas que permitam o desenvolvimento de um raciocínio de uma tese, em última instância. E a discussão sobre ela é atrasada, não só nas temáticas, mas no tipo de argumento que aparece quando surgem esses assuntos. Quase sempre falta coerência, método.

**ConJur** — **Você diz das questões religiosas, por exemplo?**

**Henrique Prata** — Nunca entrei nessa averiguação. A tensão principal é: qual é a interface direito e ciência? De que forma o direito leva em consideração evidências científicas na hora de avaliar um tema?

**ConJur** — **É esta relação entre o direito e a ciência que está atrasada?**

**Henrique Prata** — Essa interface direito e ciência precisa ser mais bem resolvido no Brasil pelos juristas. Porque eu não posso, no exemplo concreto do critério de morte e vida, ora levar em consideração, ora não, a ciência. Então, às vezes eu trabalho com dados científicos, às vezes eu trabalho com argumentos jurídicos.

**ConJur** — **Me dá um exemplo.**

**Henrique Prata** — Um exemplo concreto da minha tese: em averiguação de paciente terminal. O que seria o tratamento ideal ou controle de sintomas? Basta ver as decisões judiciais que concedem medicamentos ou acesso a tratamentos altamente tecnológicos para ver que existe uma expectativa de que todo tratamento é bom. Isso é quase uma premissa. Porém, ao avançar nesse raciocínio eu não levo em consideração dados técnicos que talvez me digam que não.

**ConJur** — **Que dados seriam esses?**

**Henrique Prata** — Na atual evolução da ciência há dados muito objetivos para se avaliar isso. Protocolos claros como o de Karnofsky, para funcionalidade, ou outros de prognóstico, que me dizem, por exemplo, que nas últimas oito semanas de vida quando a morte é esperada para aquele paciente. Então é preciso levar em consideração as evidências médicas que me atestam que aquele paciente é um paciente que se encaminha para óbito, ainda que haja medicamento, ainda que haja possibilidade de tratamento numa UTI etc. Por que levo em consideração estudos que dizem que a internação em uma unidade de alta complexidade permite uma melhora de alguns fatores de saúde para esse paciente, mas eu ignoro o óbvio? A condição verdadeira dele é a de um paciente terminal e que preciso tratar como um paciente terminal. E não como alguém que não está tendo uma chance.

**ConJur** — **Esse é o problema atual?**

**Henrique Prata** — Isso. Esse movimento de ora os dados científicos valerem, ora não valerem. Ou, eu pinço dados e construo o direito do que seria a saúde ou à vida de uma pessoa que não tem lastro na medicina, ou em evidências. Nesse sentido, há atraso no Brasil em discutir a Bioética.

**ConJur** — **No exterior não é assim?**

**Henrique Prata** — Já foi, mas hoje em dia isso já foi superado. Leva muito mais em consideração o estado atual do desenvolvimento da ciência e do trabalho de forma mais amistosa com outras ciências. Sejam elas médicas, biológicas, ou físico-químicas. O que se discute lá não é tanto a temática, em si,

---

mas qual é a posição dos pacientes com isso. E quais os limites de uma pessoa em dispor sobre a própria vida.

**ConJur — Não é uma discussão científica.**

**Henrique Prata** — Não. Se eu trato qualquer tema com rigor científico, científico geral — seja jurídico, ou filosófico, ou mesmo biológico —, eu tenho que ter uma coerência no tipo de valoração que eu faço dos meus argumentos. Eu não posso ora considerar a ciência como algo válido, ora considerar como não válido. E o que eu sinto é que tem essa alternância no Brasil.

**ConJur — Isso não passa pela questão de diagnósticos errados? Em alguns casos não há, na própria ciência, uma unanimidade. No caso dos anencéfalos discutia-se no processo duas opiniões científicas diferentes...**

**Henrique Prata** — A questão da morte encefálica, que hoje em dia nós tomamos como algo absoluto, foi um conceito desenvolvido na década de 60 por um comitê em Harvard. Então, no Brasil, existe uma clareza, e a própria lei define que a morte é a morte encefálica — tem até uma resolução que entra em detalhes de como é feito o exame. Algumas pessoas alegam que isso foi um conceito que se tornou necessário em razão dos transplantes de órgãos que haviam surgido poucos anos antes. Alguns falam que foi um conceito criado sem necessidade por causa dos transplantes. Porque no momento em que eu tenho a possibilidade de transplantes, eu tenho que decidir quando é a morte. Tem países que têm muita dificuldade com a questão de definir a morte encefálica e isso apareceu em algumas posições no julgamento da anencefalia.

**ConJur — Então esse conceito de morte encefálica utilizado no Brasil não é um consenso em todo o mundo?**

**Henrique Prata** — Não. No Japão, por exemplo, não é um consenso e tem inúmeras discussões. Então, algo que nós tomamos como algo certo, que é a morte encefálica, não é certo para todos os países. Ou não é um consenso. Quando se formou um comitê para se pensar no conceito de morte que não fosse aquele da cessação de batimentos e questões respiratórias, isso tem uma concatenação com o primeiro transplante na África do Sul, com o transplante que se iniciou nos Estados Unidos, e com a necessidade, urgente, da sociedade, de definir quando é a morte. Então, para a morte, a gente não tem nenhuma dificuldade em definir que é uma determinada condição do organismo, que é aferida de determinada maneira. Se eu não tenho atividade encefálica, e isso é uma morte, em que medida isso não é transposto para o início da vida? Então, eu estou trabalhando com coisas diferentes. Eu deveria definir morte como: morte de indivíduo nascido. Morte encefálica é morte de indivíduo nascido. De indivíduo não nascido eu tenho outro conceito que ainda não foi definido.

**ConJur — São conceitos diferentes.**

**Henrique Prata** — Trabalha-se com um conceito para o fim da vida que não é válido para o início.

**ConJur — Nem se questiona isso.**

**Henrique Prata** — Não. Numa análise rigorosa, eu não tenho um silogismo no desenvolvimento de algumas temáticas no país. E é isso que me espanta. Pelo menos, eu teria que explicar por que esse conceito não é adequado para o início da vida.

**ConJur — Quer dizer, o fato de haver um embrião já é considerado vida, quando, na verdade, não se tem atividade cerebral ainda. Diferentemente do conceito de morte, que quando se para a atividade cerebral, acabou-se a vida. É isso?**

**Henrique Prata** — É. Ou talvez a gente chegasse à seguinte conclusão: o que é vida e o que é morte no nosso ordenamento? Eu tenho que partir dessa premissa de que para fim de vida, e para transplantes, eu considero a cessação de atividade encefálica, em determinados parâmetros, como morte. E por que é que eu não considero, ou por que é que eu não vou levar isso em consideração em outros desenvolvimentos teóricos?

**ConJur** — **É uma incoerência.**

**Henrique Prata** — É uma incoerência com uma questão simples, do óbvio. É um óbvio que não se fala, que incomoda.

*\* Atualizada às 11h14 do dia 3/11 para correção de informações.*

**Date Created**

03/11/2013