



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

101/CNECV/2018

**CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA
PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA**

**PARECER SOBRE O
PROJETO DE LEI N.º 418/XIII/2ª “REGULA O ACESSO À
MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA”**

(Março de 2018)



A reflexão do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) foi suscitada pelo pedido de parecer dirigido pela Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República relativamente ao Projeto de Lei n.º 418/XIII/2ª, da autoria do PAN, que “regula o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido”.

Tendo em conta a apreciação da iniciativa legislativa, o CNECV emite o seguinte parecer:

1. Dos propósitos enunciados no projeto de lei:

O projeto de lei visa, no essencial, dois propósitos a que pode atribuir-se valor de complementaridade: o primeiro é despenalizar a ajuda ao suicídio e a eutanásia ativa direta quando praticadas por médico e, o segundo, é criar um quadro normativo que legalize o ato de induzir a morte a quem a solicita, dentro de certos limites e verificadas condições previamente definidas.

O propósito de despenalizar a eutanásia praticada em alguém num contexto específico poderia justificar-se na compreensão e ajuda ao outro, como um ato de compaixão. No entanto, legalizar a situação, criando um contrato e um procedimento administrativo que o concretize, retira o ato de um foro íntimo e pessoal e coloca-o como uma opção, uma alternativa, para situações cujo percurso terminal é causador de sofrimento físico ou psíquico considerado intolerável. O propósito de legislar em favor de uma opção subentende que o Estado proporciona, de forma equitativa a todos os cidadãos, alternativas a que os doentes poderão recorrer quando se encontrem nas situações referidas. Na ausência de alternativas, a proposta de legalização da morte a pedido abrirá uma lacuna de relevante significado ético e social pela assimetria das condições disponibilizadas e das iniquidades no acesso aos cuidados de saúde pelos cidadãos.

2. Da fundamentação apresentada:

A proposta de despenalização da eutanásia e ajuda ao suicídio – e a legalização da mesma, através da criação de um conjunto de procedimentos administrativos para dar concretização ao desejo de morrer – fundamenta-se na valorização superlativa do princípio ético do respeito pela autonomia ao qual, contudo, não deve ser reconhecida *a priori* uma precedência ontológica relativamente a outros princípios e valores em



confronto, quando se trata de enquadrar a responsabilidade moral do Estado para com os cidadãos. Por outro lado, o reconhecimento da autonomia da pessoa, enquanto agente moral, não se consubstancia nas decisões em saúde como uma liberdade absoluta, porquanto, por um lado, a decisão constrói-se, em relação e em situação, sobre as opções disponíveis; e, por outro, na aceção de que esta liberdade conhece limites, nomeadamente procedimentais, que poderão, caso determinadas condições não sejam cumpridas, invalidar o pedido de antecipação de morte.

O sofrimento considerado intolerável, enquanto fundamento para pedir a morte, é sentido e manifestado pelo próprio, mas o juízo acerca das situações em que este sofrimento não seja passível de ser aliviado e reúna as características que possam legitimar o pedido deverá ser realizado por terceiros. Tal dificulta a sua valorização num contexto nuclear: a apreciação da genuína expressão de uma vontade própria e a verificação da ausência de fatores externos que possam estar a condicionar a decisão de pedir a morte.

A condição de «indignidade da vida» em determinadas circunstâncias, como fundamento ético para pedir a morte, é a assim entendida pelo próprio e deve ser tida em consideração. A invocação dessa condição, cujo preenchimento é eminentemente subjetivo, concretiza-se em várias dimensões pessoais e sociais e é percecionada de modo muito diverso por cada pessoa, o que levantará grandes dificuldades no momento de validação de um pedido que, a ser satisfeito, levará a uma situação irreversível. Acresce que o projeto coloca a escolha da pessoa doente apenas ao nível das opções do morrer, qualificando a morte provocada a pedido como “digna” e considerando que a morte decorrente da doença acabará por ocorrer em situação “indigna”, de sofrimento. A morte provocada a pedido é assim apresentada como a única resposta para o sofrimento considerado como intolerável.

O projeto de lei considera indistintamente o ato de matar (eutanásia ativa direta) e o de auxiliar ao suicídio – justificando-se ambos na liberdade de decidir e exercer a autonomia individual, o que colide com uma ponderação ética distinta consoante esteja em causa o ato de concretizar a morte por si próprio ou o ato de reclamar a obrigação de terceiros como executores dessa vontade. O projeto parece colocar o respeito pelos pedidos de morte no mesmo plano das situações de respeito pelas decisões de recusa de tratamentos, de abstenção ou suspensão terapêuticas, mesmo quando delas possa decorrer também o encurtamento da vida da pessoa, usando como fundamento realidades que merecem valorações éticas muito distintas.



3. Da nomenclatura em uso no projeto:

A designação “eutanásia” é entendida como o ato de intencionalmente matar alguém, a seu pedido, por se considerar em situação de grande sofrimento físico ou psicológico, ato este que é realizado por um médico, o que o presente projeto reflete. Todavia, a designação “suicídio medicamente assistido”, consagrada na literatura anglófona e adotada no texto do projeto de lei, não parece ser a mais apropriada. No presente caso, não se trata de prestar assistência médica durante todo um processo médico até à sua concretização, como ocorre, por exemplo, no contexto da chamada «procriação medicamente assistida». O propósito é definir uma intervenção pontual, identificada na prestação de uma ajuda técnica através da prescrição de fármacos que permitam ao doente concretizar, por ele próprio, a morte, isto é, o suicídio. A nomenclatura usada deve ser inequívoca e facilmente compreendida pelos cidadãos, o que obriga a procurar uma perfeita adequação dos termos usados às práticas e ao que elas identificam.

4. Da proposta de criação de um direito:

A presente proposta legislativa centra a sua fundamentação na afirmação de um direito cuja existência é, em si mesma, questionável: o direito de alguém ser atendido quanto ao seu pedido para ser morto, de uma forma ativa, independentemente de quem pratica o ato de matar – o próprio ou terceiro – ou do procedimento farmacológico para, sob prescrição médica, o concretizar. Para lá das dúvidas jurídico-constitucionais quanto à compatibilidade desse direito com o princípio da inviolabilidade da vida humana, a admitir que existe tal direito, ele conferiria, naturalmente, uma contrapartida de obrigações para lhe dar satisfação, quer no que respeita à atuação dos profissionais médicos, quer no que respeita à atuação do Estado na organização técnica, jurídica e administrativa do processo.

5. Da expressão da vontade/ exercício da autonomia:

Existe, tal como referido no projeto de lei, o reconhecimento social e legal da autonomia do doente no sentido de que a sua vontade seja respeitada nas diferentes decisões sobre a sua saúde.

Todavia, disposições que deveriam vincular os profissionais de saúde, como são a recusa de obstinação e da futilidade terapêuticas, as quais configuram más práticas, são, por vezes ignoradas, o que é eticamente inaceitável. A ser aprovado o diploma em



apreço, parece que semelhantes expressões de desrespeito pelo exercício da autonomia ficarão a merecer menos atenção do Estado que essa outra, muito mais difícil de ajuizar como exercício de autonomia em liberdade, que é o pedido para morrer. A responsabilidade do Estado é a promoção contínua das boas práticas clínicas, criando os mecanismos para esse efeito.

No projeto não se objetivam, de forma clara, quais os procedimentos destinados a verificar a capacidade para o exercício livre da autonomia. O texto remete somente para a capacidade legal (idade, interdição, inabilitação por anomalia psíquica), o que fica muito aquém da real expressão de autonomia que fundamenta a vontade, num momento de especial vulnerabilidade, de pedir a morte.

São reconhecidas as dificuldades para ajuizar da consistência das decisões comunicadas pelos doentes que solicitam a morte, expressando a sua vontade em situações de grande sofrimento por patologias com evolução fatal. Contudo, o valor próprio da autonomia e o exercício do consentimento em tais circunstâncias assume muitas dificuldades na sua valorização, o que ocasiona óbvias limitações ao respetivo exercício.

Presume-se que é o risco dessa inconsistência, expresso no número significativo de doentes que pede mas, disponibilizados os meios, não concretiza o suicídio ajudado noutros países com o procedimento legislado, que leva a que o presente projeto de lei proponha submeter o pedido para morrer a pareceres médicos sucessivos, com o fim de validar concordâncias de opinião e a consistência do pedido. Este procedimento, se tem o mérito de poder reduzir o risco de pedidos que não correspondam a um genuíno e consistente uso da vontade própria, e também o de limitar maus julgamentos sobre as condições pressupostas pela aplicação da lei, terá, como efeito negativo, aumentar o peso da burocracia dos procedimentos, o que representará um sofrimento adicional para o doente causado pela recorrência das perguntas e pela insistência na afirmação da sua vontade.

O projeto atribui ao médico a decisão final sobre o pedido de morte. Logo, o fundamento do princípio do respeito pela autonomia da pessoa que faz o pedido fica claramente comprometido.

6. Da intervenção médica:

Há um risco de disfunção social quando se aprovam medidas sem que tenham sido criados instrumentos legais prévios com os quais a sociedade e as diferentes



estruturas em que se organiza fiquem capacitados para integrar e concretizar tais medidas como práticas regulares e de acesso universal.

A proposta legislativa pressupõe a intervenção central do médico, quer no ato de provocar a morte por eutanásia, quer na prescrição dos meios para que os doentes concretizem esse propósito (suicídio ajudado/assistido por médico). O código de conduta profissional dos médicos não admite a sua intervenção naquelas práticas. Assim, em termos teóricos, a questão não poderia circunscrever-se no “*encontrar um médico que o faça*”, mas teria que garantir que as práticas regulares da eutanásia ou de ajuda ao suicídio se incluem no conjunto das obrigações da classe profissional dos médicos e que as mesmas não violam princípios e deveres das *leges artis*.

A invocação de objeção de consciência só deveria considerar-se se as práticas da eutanásia ou de ajuda ao suicídio fossem admitidas como atos que os médicos executem por “dever de ofício”, e dos quais um profissional, por razões pessoais, poderia entender pedir escusa.

7. Da inexistência de escolhas viáveis nos cuidados em fim de vida:

O Estado tem a obrigação de assegurar o acesso a cuidados em fase terminal da vida a quem deles necessite e os queira receber, de um modo universal, quer em instituições de saúde, quer no domicílio.

Na sociedade atual existe uma desigualdade, ética e socialmente inaceitável, no acesso a cuidados e ao acompanhamento do doente em fase final de vida e da sua família/pessoas significativas. As iniquidades verificadas estão, em muito, relacionadas com determinantes de ordem social, económica, geográfica e individual dos cidadãos.

É gravosa, em Portugal, a carência de cuidados, designadamente paliativos, que podem proporcionar qualidade de vida no seu fim, bem como a falta de informação e esclarecimento aos cidadãos e respetivas famílias sobre as opções existentes e a que devem poder recorrer, e que têm sido adotadas em outros países.

O Estado não pode concentrar os seus deveres na legalização e regulação de pedidos de morte, eximindo-se das preocupações primordiais de satisfazer as carências que combatam a desigualdade e criem condições para um acesso efetivo aos cuidados. Não é, por isso, eticamente aceitável legislar sobre tais procedimentos sem assegurar, ao mesmo tempo, uma oferta de cuidados organizados em fim de vida aos quais todos os cidadãos possam recorrer se assim o desejarem.



Os cuidados paliativos, que não se limitam a situações de final de vida, devem ser reconhecidos como uma intervenção que possa ajudar os doentes a viver com tanta qualidade quanto o possível até à morte, com suporte às famílias/pessoas significativas.

A sedação paliativa, cujo resultado esperado é o alívio do sofrimento intolerável e persistente da pessoa em fim de vida, para os casos em que as restantes terapêuticas disponíveis se revelem ineficazes, do ponto de vista ético, tem um valor próprio e não pode ser considerada eutanásia.

8. Da participação dos cidadãos nas decisões em final de vida:

Durante o ciclo de debates públicos organizados pelo CNECV, *Decidir sobre o final da vida* (de maio a dezembro de 2017) foram recolhidos testemunhos sobre dúvidas e incertezas que decorrem da especial sensibilidade e complexidade da temática, mas que refletiram, também, uma séria falta de informação por parte dos cidadãos. Melhorar a informação e a capacidade dos cidadãos para formar opinião e tomar posição própria sobre as decisões em final de vida, nas quais se projeta incluir a decisão de pedir a morte, exige um debate sério, livre, clarividente e informado.

Do ponto de vista ético, reconhece-se um inegável valor ao debate público plural, enquanto exercício de cidadania. Experiências prévias e similares em outros países (França, Espanha, Reino Unido, Alemanha) valorizaram a prudência, evitando produção legislativa apressada que possa induzir fraturas na sociedade. Promover a discussão cidadã não significa adiar e “*não tomar posição*”, mas antes possibilitar, através de uma reflexão profunda e esclarecida, que “*uma posição alargada possa vir a ser tomada*”.

Resoluções legislativas que não identifiquem uma necessidade coletiva imediata dificultarão sempre a reunião de consensos e poderão provocar clivagens indesejadas na sociedade, o que, para uma prática da ética cívica, deve constituir preocupação de todos nós.

9. Da perceção social das decisões:

Nas sociedades contemporâneas verifica-se uma mudança no valor relativo da liberdade como condição para o exercício de direitos num contexto de autodeterminação da vontade individual, incluindo decidir tudo o que diga respeito à vida de cada um, nomeadamente a decisão de determinar o seu termo. A perceção pública da complexidade da problemática da morte e das opções que, em nome dos

cidadãos, poderão vir a ser tomadas, não pode conviver com a dúvida sobre se a sociedade está preparada para aceitar o ato de matar outrem a pedido, mesmo por invocada compaixão, como uma prática regular e universal. Os valores em presença e a tarefa imposta pela Constituição da República de construir uma sociedade livre, justa e solidária têm de ser compatibilizados com os valores da liberdade e da autonomia individual sobre a própria vida, de forma a que as decisões de política legislativa incorporem os valores com os quais os cidadãos maioritariamente se identificam.

- 10.** Tendo em conta os aspetos anteriores, bem como o relatório anexo ao Parecer, o CNECV considera que o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2ª que "Regula o acesso à morte medicamente assistida" não reúne as condições éticas para a emissão de parecer positivo.

Lisboa, 5 de março de 2018

O Presidente, Jorge Soares.

Foram Relatores

os Conselheiros Lucília Nunes, Luís Duarte Madeira e Sandra Horta e Silva.

Aprovado por maioria em Reunião Plenária do dia 5 de março de 2018, em que para além do Presidente estiveram presentes os seguintes Conselheiros/as: Ana Sofia Carvalho; André Dias Pereira; António Sousa Pereira; Carlos Maurício Barbosa; Daniel Torres Gonçalves; Filipe Almeida; Francisca Avillez; Jorge Costa Santos; José Esperança Pina; Lucília Nunes; Luís Duarte Madeira; Maria do Céu Soares Machado; Miguel Guimarães; Pedro Pita Barros; Regina Tavares da Silva; Rita Lobo Xavier; Sandra Horta e Silva; Sérgio Deodato; Tiago Duarte.