



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

108/CNECV/2020

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

**PARECER SOBRE O PROJETO DE LEI N.º 67/XIV/1.ª (PAN)
“REGULA O ACESSO À MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA”**

(Fevereiro de 2020)

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) recebeu da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República o pedido de parecer relativo ao Projeto de Lei n.º 67/XIV/1.ª (PAN) “Regula o acesso à morte medicamente assistida”.

Em matéria do estabelecimento de um quadro legislativo para a “antecipação da morte”, “morte medicamente assistida” ou “eutanásia não punível”, com recurso a um de dois métodos – Eutanásia ou suicídio ajudado –, o CNECV emitiu pareceres que ajudam a contextualizar a reflexão ética suscitada pelo Projeto de Lei ora em análise: “Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida” (11/CNECV/95) e documento de “Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana (26/CNECV/99).

Em 2017, o CNECV realizou o ciclo de debates “Decidir sobre o final da vida” sobre as questões pessoais, sociais e organizacionais associadas ao final da vida e procedeu em 2018 à sua publicação. Também de referir que a argumentação expendida no parecer do CNECV relativo à iniciativa legislativa do PAN apresentada na anterior Legislatura – Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2ª, “Regula o acesso à morte medicamente assistida” – permanece no essencial válida para o presente Projeto de Lei e deve ser reiterada nos seus fundamentos éticos e na sua conclusão.

I. Considerações gerais aos Projetos de Lei

A presente reflexão retoma, em relação ao Parecer N.º 101/CNECV/2018, as seguintes questões:

1. Fundamentos invocados para legitimar a morte a pedido

1.1. Da dignidade e da autonomia

A dignidade humana, no que se refere à sua perceção pública, é influenciada por fatores extrínsecos contextuais e culturais, que têm expressão em diferentes dimensões: pessoais, interpessoais e sociais.

A vida não perde valor, nem a pessoa vê diminuída a sua dignidade intrínseca, em situações especialmente críticas em que a qualidade do viver é pobre e pode ser vivenciada pelo próprio como desumana. A questão é saber se a dignidade humana, ou melhor, a perceção da sua perda, pode ser um fundamento a invocar para que o Estado reconheça e assuma uma responsabilidade nova, a de legalizar e regular a morte a pedido.

Não existe, na realidade, um direito à morte. É no direito à vida, entendida como uma vida plena, onde a pessoa se realiza nas suas diferentes dimensões, individuais e sociais, que, paradoxalmente, se poderá encontrar argumentação para justificar o pedido para morrer. Se a experiência moral fosse exclusivamente individual e privada, a invocação da dignidade e da liberdade pessoais poderia justificar a decisão de decidir de

modo absoluto sobre a morte própria (porquê, quando, onde) e exigir que alguém o fizesse. Mas as necessidades de ajuda e a experiência solitária do sofrimento que o pedido para morrer encerra são realidades de valor humanitário que, em primeiro lugar, devem encontrar respostas na proximidade e no que a relação do médico com o seu doente tem de mais íntimo e confiável. Tanto mais quando as alternativas de ajuda se expõem na natureza deficitária de um sistema de saúde, onde o cidadão é privado de um real alívio do seu sofrimento por não existirem condições para responder às suas necessidades, clínicas, psicológicas e espirituais.

Certas condições clínicas, pelo seu carácter maligno ou degenerativo e prognóstico fatal, acarretam um sofrimento vivenciado pelo próprio como não tolerável, que confronta o conceito de vida plena e não permite a realização desse direito humano. É humanamente compreensível que, esgotadas as expectativas de ajuda no alívio do sofrimento e, perante situações de genuíno desapego pela vida, o doente procure soluções para o que sente como uma “vida que não vale a pena viver”. Contudo, cabe aqui uma diferença moral relevante entre matar e deixar a vida seguir o seu curso natural, até ao momento da morte, com todo o suporte técnico e humano proporcionado, rejeitando terapêuticas inúteis e que agridem o doente na sua integridade, mas oferecendo ajuda, na confiabilidade da relação com o médico e a equipa de cuidados para encontrar as melhores soluções técnicas e humanas.

A legalização da eutanásia e do suicídio assistido é fundamentada no Projeto de Lei na valorização do princípio ético do respeito pela autonomia. Porém, essa valorização pode ser considerada superlativa na avaliação das questões éticas em confronto, na medida em que não existe, *a priori*, uma precedência do princípio da autonomia relativamente a outros princípios e valores em presença.

Colocar a autonomia pessoal no centro da decisão reclama uma grande ponderação ética, uma vez que as pessoas estão sempre dependentes umas das outras no que respeita a decisões e valorações. A interpretação do princípio da autonomia constante do Projeto de Lei aponta para uma conceção diferente, a de que o indivíduo é totalmente independente na sua autorrealização e autodeterminação e, por isso, exerce a vontade que exprime as suas preferências nas quais ninguém, exceto o próprio, pode interferir. Deste conceito decorre uma liberdade absoluta de escolha, que ignora a dimensão de enorme vulnerabilidade da pessoa que sofre¹.

De facto, na decisão de pedir para morrer, tal como nas decisões em saúde, o reconhecimento da autonomia da pessoa enquanto agente moral não se consubstancia porém em liberdade dita absoluta, porquanto, por um lado, a decisão constrói-se sobre as opções disponíveis, com informação plena, em relação e em situação; por outro, o exercício da liberdade conhece limites, nomeadamente procedimentais, já que exige a

¹ Danish Council of Ethics (2006) “Euthanasia - Legalizing Killing on Request?”. In End of Life: Ethical challenges and problems.

interferência de terceiros (o médico que executa a morte) e do Estado (que se obriga à luz do Projeto de Lei a proporcionar as condições para realizar o procedimento e para concretizar o pedido), facto que deve merecer ponderação.

Quando se trata de enquadrar a validação do pedido para morrer, têm de ser considerados a total compreensão desse pedido para a construção de uma vontade e o impacto nas responsabilidades de quem lhe pode e deve dar resposta, nomeadamente por parte do Estado. O sofrimento intolerável é uma vivência subjetiva, mas o juízo acerca das situações em que aquele não é passível de ser aliviado depende de um conhecimento médico que naturalmente advém de terceiras pessoas. Assim, nunca existe um contexto nuclear e autónomo para validar um pedido de morte, porquanto a expressão mais genuína da vontade própria está sempre imbuída de vários fatores e intervenientes (interpessoais e sociais), que interferem e condicionam necessariamente a decisão. Levantará sempre grandes dificuldades a criação de um procedimento administrativo para a validação do pedido do doente em sofrimento com o fim de lhe ser administrada a morte.

1.2. Da dor e do sofrimento

O sofrimento sentido como insuportável é, à luz do Projeto de Lei, um dos critérios determinantes para a legitimação do pedido para morrer. O sofrimento inclui experiências várias e polimórficas (impotência, angústia, vulnerabilidade, perda de controlo, ameaça à integridade do projeto existencial). Compõe-se de muitos elementos, somáticos e psicológicos, que são indissociáveis entre si e deterioram a qualidade de vida, de modo tal que alguém pode mesmo sentir que não vale a pena viver.² Quando a vida de uma pessoa está saturada com dor, quando a existência se foca no sofrimento, o valor atribuído à vida aparece diminuído e impõe-se a referência à qualidade de vida, conceito que, sendo subjetivo, é determinado por cada pessoa e pelas suas circunstâncias.³

A compreensão do sofrimento da pessoa doente por parte do médico e da equipa é sempre contextual e é dificultada pelo facto de não existir uma linha rígida e objetiva entre o sofrimento que faz parte da condição humana e aquele que a pessoa considera, ela própria, intolerável. É complexo aceitar, no pedido de morte, uma justificação com base na avaliação exclusiva “na primeira pessoa” ou numa avaliação realizada pelo médico que o confirme - *vd.* “este sofrimento justifica e valida a eutanásia e o suicídio medicamente assistido”.

² Faulconer, Angela Wentz (2017) Rebranding Death. *BYU Journal of Public Law*. Vol. 31. p. 321.

³ Cohen-Almagor, R. (2015) An argument for physician-assisted suicide and against euthanasia. *Ethics, Medicine and Public Health*, Volume 1, Issue 4, Pages 431-441.

1.3. Da construção da vontade, da coação e dos seus condicionamentos

A possibilidade de o pedido de morte estar a ser condicionado no seu caráter expresso, instantâneo, consciente e esclarecido constitui uma preocupação ética que se releva.

Pretender que a pessoa doente decida em pleno uso das suas capacidades não pode ignorar a existência de formas inaparentes de coação, e que esta nem sempre é exterior ao indivíduo que toma a decisão. Há, pois, formas de coação interna para o pedido de morte que podem escapar a uma avaliação simples, nomeadamente o sentimento de não subsistir espaço económico, social ou existencial para existir, bem como o sentimento de ter sido reduzido à própria doença, sem outro espaço próprio, considerando “indigna” uma existência que vê como limitada, dependente e sem sentido.

Nestas situações, a relação terapêutica é o veículo para abordar e procurar atenuar formas de coação, cuidando da vulnerabilidade da pessoa doente, no contexto da sua desesperança, da inaptidão para lidar com a doença e da eventual desconstrução do contexto sociofamiliar. Assim, se é na relação que podem surgir formas de coação a favor ou contra o pedido de morte, sem essa relação, paradoxalmente, o pedido de morte nunca será verdadeiramente uma decisão livre e esclarecida.

Acresce que, mesmo através de uma relação onde haja um lugar para cuidar e explorar o pedido de morte, não é possível dissociar essa intervenção da natureza perenemente deficitária do sistema de saúde, exterior ao encontro a dois, onde poderá não existir alívio para o sofrimento por falta de condições assistenciais. Aí, mesmo se ponderado, refletido e compreendido, o pedido para morrer pode não ser verdadeiramente uma escolha, na ausência de alternativas de encontrar ajuda pessoal no sofrimento. Reforça-se a gravosa carência de cuidados, continuados e 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 em final de vida.

2. Operacionalização do procedimento de morte a pedido e implicações sobre os profissionais e as organizações da saúde

2.1. Os fins da medicina

A medicina tem um mandato social, materializado na autorregulação⁴, que inclui a deontologia médica, um conjunto de deveres que afirmam e regulam o exercício "da

⁴ Lei n.º 117/2015 de 31 de agosto. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Médicos, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, revogando o Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de agosto.

profissão de acordo com as *leges artis* e o absoluto respeito pelo direito à saúde das pessoas e da comunidade"⁵.

O médico "obriga-se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo sempre com correção e delicadeza, no intuito de promover ou restituir a saúde, de conservar a vida e a sua qualidade, de suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura e em fase terminal, em pleno respeito pela dignidade do ser humano."⁶.

Não parece ter sido objeto de uma ponderação apropriada, que teria de ser necessariamente prévia à elaboração do Projeto de Lei, a avaliação das condições da intervenção dos médicos, dos enfermeiros e das respetivas ordens profissionais, quando lhes é atribuído um novo papel, que é central na concretização das medidas para a morte, quer a opção seja a de ser o profissional a executá-la, a solicitação da pessoa doente, quer seja a de lhe fornecer os meios para a concretizar por ele mesmo.

No Projeto de Lei verifica-se que o médico não só intervém no momento de executar a morte, mas também lhe é atribuída a responsabilidade por um conjunto de procedimentos destinados a legitimar e, assim, a fazer cumprir o pedido da pessoa doente para morrer, em relação ao qual o médico assume a custódia.

Não existe nenhum estudo (inquérito, por exemplo) que habilite o Estado a conhecer o número de médicos e também de enfermeiros que quererão intervir voluntariamente, responsabilizando-se por um conjunto de atos que, no presente, não são próprios da sua profissão. Deve assim notar-se que não é de todo conhecida a disponibilidade do grupo profissional dos médicos para "tomar conta" do processo administrativo que se inicia com aquele pedido, quer enquanto decisão e vontade pessoal, quer enquanto interpretação de um dever "novo" da *praxis* do seu grupo profissional.

São conhecidas, através de intervenções públicas e de testemunhos privados, posições de muitos médicos que, admitindo a aprovação da lei ou até mesmo a defendendo, não se disponibilizariam, em circunstância alguma, para dela serem executores diretos. Esta dissociação entre aceitar a lei e ser executor da mesma faz antecipar a possibilidade real de ser diminuto o número de profissionais disponíveis para executar o pedido de morte, facto que é absolutamente crítico para a ponderação ética dos efeitos do Projeto de Lei.

Não é eticamente aceitável criar, por via legislativa, um modelo organizacional (alguém pedir para morrer em condições clínicas que a lei contemple) sem haver a segura garantia, por parte do Estado, de que esse pedido poderá ser satisfeito, em qualquer local do território nacional, em situação de igualdade de acesso de execução e em tempo apropriado. Ora, não se antevê como poderão essas condições vir a ser satisfeitas por

⁵ Regulamento n.º 707/2016. Regulamento de Deontologia Médica. Artigo 4.º, nº 1.

⁶ Idem, artigo 5.º.

mera decisão jurídica, o que condicionará incertezas e conflitos, que descredibilizam as instituições e promovem sofrimento adicional a quem já se encontra em situação muito sensível e de particular vulnerabilidade pessoal.

Nas profissões da saúde, que são autorreguladas, não cabe adicionar deveres que colidem com a sua deontologia, criando unilateralmente novas responsabilidades aos profissionais para com as pessoas, a sociedade e o País. Esta é a posição da Ordem dos Médicos, expressa em vários pareceres e intervenções públicas, pelo que iniciativas legislativas para legalizar a eutanásia e o suicídio ajudado poderão vir a criar uma frente de conflito dos órgãos do Estado com aquele grupo profissional e, adicionalmente, também promovem a deterioração da relação de confiança dos doentes nos médicos, como tem repetidamente sido invocado⁷.

2.2. A objeção de consciência

A qualidade de objetor respeita à prática de atos dos quais os profissionais se excluem voluntariamente, por razões da sua consciência, mas que integram as *leges artis* da profissão. Deriva da discussão acima que não há lugar à invocação de objeção de consciência para um médico se excluir da prática de um ato que, já de si, não faz parte da essência da profissão.

As práticas da eutanásia e de ajuda ao suicídio, a serem legalizadas, não se tornam *ope leges* e automaticamente um “dever de ofício” dos médicos que, se tal fosse, delas poderiam, por razões pessoais, pedir escusa. Estas questões exigem profunda e ponderada discussão, que se encontra ainda por fazer, facto que não foi tido em devida conta na elaboração do presente Projeto de Lei.

Como consequência, a figura de objetor de consciência, prevista no Projeto de Lei para salvaguardar as situações em que os médicos se escusem a intervir, enquanto profissionais, no processo de satisfazer o pedido do doente para morrer, não tem aplicabilidade, uma vez que o contido no artigo 12.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos refere-se “ao direito de recusa à prática de ato da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência, quaisquer que sejam os motivos (morais, éticos, religiosos, filosóficos, outros)”.

⁷ A Associação Médica Mundial também reiterou em Outubro de 2019, a eutanásia e o suicídio ajudado por médico como sendo contrários aos fins da medicina e à ética médica, lembrando, em contraponto, que “o médico que respeita o direito básico do doente de recusar tratamento médico não age de maneira antiética ao renunciar ou reter cuidados indesejados, mesmo que o respeito a esse desejo resulte na morte do paciente.” (“the physician who respects the basic right of the patient to decline medical treatment does not act unethically in forgoing or withholding unwanted care, even if respecting such a wish results in the death of the patient.”). WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019.

Se, por hipótese, se considerasse que a prática da eutanásia fazia parte do múnus profissional do médico, tal levaria a admitir que os médicos falhariam o seu papel perante o doente se não concretizassem o seu pedido para morrer. Ora, os médicos na sua grande maioria e a estrutura que regula a profissão não o consideram assim. Na realidade, o ato de executar a morte não é considerado um “ato da profissão” do médico, nem tal é reconhecido pela respetiva ordem profissional. A circunstância de não constituir um ato médico, afasta desde logo o médico da obrigação de o executar e, se o fizer, pode confrontar-se com consequências por desvios graves da prática da *leges artis*.

De modo redutor, o Projeto de Lei parece apontar para que possa ser objetado por consciência somente o ato de produzir diretamente a morte, ignorando tudo o que se refere à responsabilidade de acolher e conduzir, a “pedido do doente”, o processo técnico e administrativo desde o seu início até ao seu final, e também os procedimentos subsequentes para concluir o processo. É bem possível, a ser o Projeto de Lei aprovado, que se apresentem dificuldades dificilmente ultrapassáveis para encontrar médicos que assumam o papel de provedores do pedido do doente e, por causa disso, facto que será particularmente gravoso, que se organizem “circuitos comerciais” aos quais os doentes poderão recorrer com a garantia prévia de que o processo terá sempre quem dele se encarregue nas suas diferentes etapas.

2.3. Das implicações e do impacto sobre o Sistema de Saúde

É relevante analisar, em toda a sua extensão e complexidade, as implicações da legalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido para o sistema público de saúde e para a sociedade em geral.

Essa legalização cria um direito novo, que carece de ser regulado, e que deverá conferir a todos os cidadãos (nacionais ou legalmente residentes em território nacional) a possibilidade de pedir a morte, quando se verificam determinadas circunstâncias; em contrapartida, atribui ao Estado a obrigação de criar os meios adequados a satisfazer essa vontade e decisão autónomas. Neste contexto, o Estado terá de responsabilizar-se pelas condições de concretização desse direito, incluindo (1) organizar um quadro jurídico-administrativo específico, (2) estabelecer uma estrutura administrativa e técnica para conduzir e avaliar os procedimentos a cumprir, (3) disponibilizar condições operacionais apropriadas, incluindo os locais, os meios e a credenciação de quem possa executar a morte. Neste complexo conjunto de obrigações do Estado e, sobretudo do Serviço Nacional de Saúde, há condições e encargos que parecem ignorar as limitações e insuficiências dos recursos públicos (físicos, humanos, orçamentais) para prover as necessidades que decorrem de ser a proteção da saúde um direito constitucional a garantir.

Experiências prévias e similares sobre o debate desta matéria, em outros países (França, Reino Unido, Alemanha) valorizaram a prudência, evitando decisões legislativas cuja urgência não se encontra. Propostas legislativas que não demonstrem, com clareza,

que satisfazem uma necessidade coletiva imediata dificultarão sempre a reunião de consensos e poderão provocar clivagens indesejadas na sociedade, o que, numa interpretação do que é a ética cívica, deve constituir preocupação de todos nós.

3. Da fundamentação das iniciativas legislativas

Uma questão nuclear, que se situa a montante da iniciativa legislativa, é dispor de dados relativamente à dimensão social do problema, ou seja, não sabemos quantas pessoas nas circunstâncias elegíveis – “doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou nos casos de situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva” – pretendem que lhes seja antecipada a morte e que o Estado cumpra essa vontade.

Independentemente do que está subjacente naquelas situações, que não cabe aqui comentar, ressalta a preocupação de fundamentar as políticas em informação recolhida dos próprios cidadãos a quem elas se dirigem. Num assunto tão sensível e controverso na sociedade portuguesa, cuja legalização exige uma estruturação organizativa de procedimentos, que são complexos e muito exigentes em recursos físicos e humanos por parte do próprio Estado, seria de esperar que houvesse a preocupação de fundamentá-la, recolhendo dados para sustentar a necessidade da lei, que deverá ser universal, contemplando de um modo igual todos e em condições que, a não ser assim, subvertem o propósito legislativo. Tal não sucedendo, terão sempre de admitir-se outras razões, incluindo as de conveniência política, sobrepondo-se a avaliações justas e ponderadas do que seria uma necessidade social que o Projeto de Lei se propõe satisfazer.

Na ausência de estudos e dados que sustentem a pretensão do Projeto de Lei de ir ao encontro de uma necessidade objetiva, sentida e expressa pela maioria dos portugueses, é natural que se cometam erros de interpretação sobre vontades não documentadas e que, muito possivelmente, irão somente satisfazer a reivindicação de um número diminuto de pessoas. Em consequência, mobilizar-se-ão recursos desproporcionados (institucionais, organizacionais, humanos), tendo em vista presumíveis beneficiários, com potenciais prejuízos para a satisfação das necessidades reais do Serviço Nacional de Saúde, ao qual se reconhecem recursos financeiros limitados para as missões que lhe estão atribuídas em lei, adicionando dificuldade e controvérsia, à questão do modo de os distribuir de uma forma justa, o que constitui um princípio ético universal.

II. Considerações específicas sobre o Projeto de Lei n.º 67/XIV/1.ª (PAN) “Regula o acesso à morte medicamente assistida”

O PL n.º 67/XIV/1.ª (PAN) “Regula o acesso à morte medicamente assistida” apresenta, na exposição de motivos, um quadro de envelhecimento e aumento da esperança média de vida em confronto com *"muitas doenças que permanecem sem cura, fazendo parte da condição humana a existência de um processo de envelhecimento, de declínio e de morte"* e a necessidade de estabelecer critérios para boa prática clínica no final de vida equacionando quantidade e qualidade de vida. Assume-se a *"despenalização e regulamentação em Portugal da morte medicamente assistida como uma expressão concreta dos direitos individuais à autonomia e à liberdade de convicção e de consciência. (...) vemos a possibilidade de acesso à morte medicamente assistida como mais um passo importante e necessário no reconhecimento daqueles direitos"*. Considera-se a vontade do doente quanto *"às condições que quer para a sua morte"* sendo que *"A morte assistida destina-se a doentes conscientes, lúcidos e cuja vontade foi manifestamente expressada, motivo pelo qual esta é sempre a pedido do paciente"*, com *"exclusão de doentes com problemas mentais"* e defende-se *"apenas admitir o acesso aos doentes com doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou a doentes em situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva"*.

Este Projeto de Lei sucede-se a um projeto anteriormente apreciado pelo CNECV no seu Parecer 101/CNECV/2018, já referido, registando, em relação ao anterior, poucas alterações. Há questões éticas que são genéricas (existência de um direito a morrer, criação de responsabilidades do Estado para o satisfazer, conflitos de consciência dos profissionais, ausência de dados de informação que tornam ilegítimo considerar que se trata de uma necessidade coletiva premente e generalizada, falta de apropriadas respostas para o acompanhamento dos doentes em final de vida), e outras que derivam dos efeitos e consequências de um modelo administrativo e técnico para concretizar a morte a pedido do doente, modelo que, pela sua inexecutabilidade, confronta supostos direitos com uma expectativa da sua realização que, não podendo ser satisfeita, não mereceu à iniciativa legislativa parecer ético favorável.

O Projeto de Lei adota o conceito de **morte medicamente assistida** *"como o acto de antecipar a morte, em resposta a pedido consciente e reiterado, de uma pessoa doente em situação de grande sofrimento e numa situação clínica grave e irreversível, sem quaisquer perspectivas de cura. A morte medicamente assistida pode concretizar-se de duas formas: eutanásia, quando o fármaco letal é administrado por um médico, e suicídio medicamente assistido, quando é o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal, sob a orientação e supervisão de um médico"*. O conceito é equívoco, parecendo associar as duas "vertentes": a eutanásia e o suicídio assistido, pois que uma *morte medicamente assistida* é a que

decorre com acompanhamento clínico, ou na sedação paliativa ou na suspensão de intervenções.

É atribuído ao Estado o papel de garantir que a decisão é tomada por pessoa competente e de criar mecanismos de validação do pedido, no reconhecimento que *"ainda muito há a fazer para a melhoria da qualidade e da acessibilidade dos cuidados paliativos em Portugal. No entanto, isso não significa que apenas se possa permitir a morte medicamente assistida quando tivermos melhores cuidados paliativos, até porque existem doentes que a eles não querem recorrer. A vontade destes doentes deve ser respeitada e o Estado deve ter uma resposta alternativa para aqueles que sofrem."*

Os proponentes consideram legislar apesar dos riscos do estabelecimento dos mecanismos: "a possibilidade de existência de eventuais abusos não pode impedir o legislador de legislar sobre determinadas matérias. Tais riscos obrigarão o legislador a ser mais cauteloso, devendo estabelecer mecanismos claros e exigentes de fiscalização e fazer um acompanhamento constante da aplicação da lei, por forma a fazer os ajustes que sejam necessários", reduzindo a publicidade da lei ao mínimo - "a publicidade a uma lei que possibilite a morte medicamente assistida deverá ser mínima, bastando que o doente tenha conhecimento da lei e que o médico só fale desta possibilidade quando directamente interpelado pelo doente para tal". Realçamos que o respeito pela autonomia da pessoa nunca se pode fazer acompanhar de um mínimo de informação, condição essencial para a formulação de uma vontade livre e esclarecida.

Da leitura da exposição de motivos e da defesa da autonomia, poderíamos ser levados a concluir que se torna dever ou função do Estado garantir o resultado do pleno exercício do direito à autonomia e à autodeterminação dos indivíduos que pretendem morrer. Todavia, não se prevê a possibilidade daquele que pretende provocar a morte, sempre que a sua condição física lhe permita executar o ato e verificados que estejam os requisitos determinados pelo legislador, poder fazê-lo desacompanhado⁸ de um profissional de saúde. De facto, para concretização de tal desiderato são chamados sempre à colação profissionais de saúde, ora para provocar intencionalmente a morte a pedido do interessado, ora para supervisionar aquele que se suicida na prática do ato letal (suicídio medicamente ajudado).

O pedido de morte medicamente assistida *"apenas é admissível nos casos de doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou nos casos de situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva."* - Salientamos a ambiguidade da "lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado, duradouro e insuportável". Existe grave risco de considerar "situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva", quer na amplitude expressa, quer no entendimento do que é «incapacidade» ou «dependência

⁸ Como acontece nos estados dos Estados Unidos da América que adotaram o *Death with Dignity Act*.

definitiva», o que pode prefigurar uma rampa deslizante.

Expressa-se que "2 - *O pedido deve ser apresentado a um médico pelo próprio doente, de **forma livre e voluntária**, após um processo de adequada informação prestada pelo médico e de livre reflexão, **não podendo ser motivado ou influenciado por qualquer pressão ou coacção exterior**. 3 - *A pessoa deve estar **dotada de todas as capacidades mentais, bem como consciente e lúcida** quando formula o pedido e quando o reitera ao longo do processo. 1 - Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, qualquer pessoa pode formular pedido de morte medicamente assistida, desde que cumpra os seguintes requisitos: **a) Tenha pelo menos 18 anos de idade. b) Tenha nacionalidade portuguesa ou resida legalmente em Portugal. c) Não se mostre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica. d) Não padeça de qualquer doença do foro mental.**" (nossos sublinhados)**

Saliente-se que os institutos da interdição e da inabilitação foram eliminados do nosso ordenamento jurídico com a aprovação da Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto (e consequentemente as interdições e inabilitações já decretadas passam a estar sujeitas ao regime do maior acompanhado consubstanciado naquele diploma). O recente regime do acompanhamento diverge do anterior regime da interdição por permitir ao tribunal uma maior flexibilidade na adoção das medidas a aplicar aos maiores acompanhados que vão desde o apoio e a assistência, a medidas de substituição como a representação legal, estas últimas, em regra, aplicáveis a situações de absoluta incapacidade.

Considerar "*qualquer doença do foro mental*" como critério de exclusão para estes procedimentos é excessivo e complexo, pois podemos excluir (1) doentes com perturbação de Pânico, tratados e curados, e com outro diagnóstico co-mórbido atual (e que na realidade não parecem ter a sua capacidade alterada para estes procedimentos) e no âmbito de "doença psíquica" (2) incluir todos aqueles que se encontrem em elevado sofrimento psicológico que podem ter, nesse contexto, reações agudas de *stress* que alteram a capacidade (assim englobando todos os doentes em sofrimento por doença grave crónica e incapacitante). Do ponto de vista ético, é também fundamental explicitar os mecanismos adequados para que o médico afira se o pedido resulta (ou não) de qualquer coação.

O pedido de antecipação da morte é dirigido ao médico assistente, da escolha do doente ("*1. - O doente que pretenda requerer a morte medicamente assistida deverá formular o seu pedido junto de médico à sua escolha, doravante designado por médico assistente, nomeadamente o médico de família ou o médico que faça o seu acompanhamento em sede hospitalar ou em cuidados paliativos*") e ao médico assistente cabe um conjunto de deveres e procedimentos. O médico consultado é definido com o critério "*cuja área de especialização corresponde a da patologia que esteja em causa*", o que pode ser vago ou relativo nas realidades atuais de morbilidades múltiplas. É redutora a redação constante no Projeto de Lei ao exigir somente a inscrição na Ordem dos Médicos/Ordem dos Enfermeiros aos profissionais que pratiquem ou ajudem ao ato conducente à morte.

Ao médico assistente e ao médico consultado, segue-se o parecer do psiquiatra que *"deve verificar se o doente se encontra mentalmente são ou se sofre de alguma doença do foro mental, que impeça ou condicione a decisão consciente do pedido de morte medicamente assistida", "realiza as consultas que entenda convenientes"* para formular o seu parecer e elabora um relatório do qual conste o seu parecer. *"O parecer desfavorável do médico psiquiatra ao pedido de morte medicamente assistida impede a continuidade do procedimento e implica o encerramento do mesmo"* (artigo 8.º). Após todo o procedimento, o doente escolhe a possibilidade de eutanásia ou de suicídio assistido, em qualquer dos casos, com orientação e supervisão médica.

Quanto à participação dos enfermeiros e considerando o quadro legal aplicável, *"As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes"* (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE))⁹ e assim, tratando-se de uma profissão dotada de autonomia e autorregulada, a formulação de "supervisão dos enfermeiros" constante do Projeto de Lei é manifestamente excessiva.

Anotamos que a proposta de que *"a causa da morte aposta na certidão de óbito deverá ser a patologia da qual o doente padecia e que suscitou o processo"* não está conforme a regulamentação da certificação do óbito em Portugal.

Sobre a objeção de consciência *"em cumprimento do previsto nos respectivos códigos deontológicos"*, declarada em *"documento assinado pelo objector, o qual deve ser apresentado, conforme os casos, ao director clínico ou ao director de enfermagem de todos os estabelecimentos de saúde onde o objector preste serviço e em que se pratique morte medicamente assistida, devendo ser remetido cópia do mesmo à ordem profissional"*. E a recusa por objeção de consciência *"deve ser comunicada ao paciente no prazo máximo de 24h após a formulação do pedido ou pedido de parecer."* Tal exigência contraria o fundamento da objeção de consciência, assente no quadro de valores da consciência individual, do juízo que um profissional de saúde pode e deve fazer, no exercício da sua liberdade de consciência, de deliberar em cada caso, conforme a situação e o contexto.

III. Conclusão

Em súmula, considerando:

Sobre os motivos invocados e os fundamentos do processo de decisão,

⁹ *"Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem"*. Por seu turno, consideram-se interdependentes *"as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas."*

- (1) a possibilidade de a morte ser executada em alguém a seu pedido, em circunstâncias clínicas muito precisas e tomada como uma afirmação de vontade própria, de liberdade individual e de autodeterminação, vem sendo defendida por alguns grupos sociais e partidos políticos como uma exigência da sociedade portuguesa, não tendo a proposta de criação de uma moldura jurídica beneficiado de estudos prévios que pudessem auxiliar a sua clarificação e sustentação;
- (2) a percepção da dignidade humana pela sociedade (e das suas relações com a liberdade, a autonomia e a vulnerabilidade) segue dinâmicas próprias que vêm atribuindo à vida, em situações clínicas determinadas, causadoras de sofrimento intolerável, um entendimento de perda de sentido e de valor. Cuidar da pessoa que pede para morrer deve passar por respostas mediadas, relacionais e integradoras, que respeitem e abriguem as várias dimensões do sofrimento;
- (3) na falta ou insuficiência daquelas respostas, haverá sempre o risco de o Estado considerar que lhes dará plena satisfação através da criação e legalização dos procedimentos “de antecipação da morte”;
- (4) o pedido de alguém para morrer deve em primeiro lugar ser entendido como um pedido de ajuda, justificado no sofrimento e com significados complexos (medo, perda de controlo, solidão, sentimento de “fardo”, dor física insuportável) que exigem adequada compreensão, devendo ser abordados num plano humano e solidário e não ser secundarizados por uma resposta jurídica que consagre a morte a pedido;

Sobre os efeitos e impacto da decisão,

- (5) o procedimento legislativo proposto para autorizar e executar a morte a pedido desconhece quantos profissionais estarão disponíveis para concretizar um conjunto vasto de responsabilidades (processo médico-administrativo, realização material do ato de eutanásia, prescrição de fármacos letais para o doente se suicidar). No presente, estes atos estão excluídos da *praxis* médica e da lei que a regula, uma vez que executar a morte não é “um ato da profissão”; o mesmo ocorre na eventual participação dos enfermeiros e farmacêuticos em alguns daqueles atos;
- (6) a figura do objetor de consciência não parece poder ser invocada para tarefas que não sejam consideradas “atos da profissão” que, no Projeto de Lei, incluem não só o ato de executar a morte a pedido da pessoa doente ou de lhe fornecer os meios para que o faça, mas também o processo de conduzir as diligências necessárias para, uma vez concluídos e validados os procedimentos técnico-administrativos, acordar com a instituição escolhida o dia e a hora de concretizar o pedido de morte;

- (7) é imprecisa a relação de todos os intervenientes (médicos, enfermeiros, farmacêuticos) com o Sistema de Saúde e com as estruturas do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente com o que possa colidir com o escopo das suas competências, quando o Projeto de Lei lhes comete novas tarefas e responsabilidades - organizar as condições logísticas, nos tempos que são justificados, para concluir o processo de morte;
- (8) desconhecem-se os encargos organizacionais e financeiros que o Projeto de Lei acarretará ao Serviço Nacional de Saúde ao acrescentar a prestação de novos serviços e ao adicionar novas exigências em recursos físicos e humanos que poderão obrigar a reduzir ou anular, no balanço das necessidades a satisfazer, alguns cuidados de saúde e empobrecer a oferta de apoio clínico, psicológico e social em contexto de fim de vida;
- (9) o Projeto de Lei não define assim o que cabe ao Estado, e em que termos, na responsabilidade de assegurar as condições materiais e humanos que permitam aos cidadãos exercer esse proposto direito sem discriminação de qualquer natureza (económica, social, étnica ou geográfica).

Pelo que o CNECV emite parecer ético desfavorável ao Projeto de Lei em apreço.



Lisboa, 17 de fevereiro de 2020.

O Presidente, *Jorge Soares*.

Foram Relatores *Lucília Nunes, Luís Duarte Madeira, Sandra Horta e Silva e Jorge Soares*.

Parecer aprovado por maioria de dezassete votos em Reunião Plenária do dia 17 de fevereiro de 2020, em que estiveram presentes os/as seguintes Conselheiros/as do CNECV:

Ana Sofia Carvalho; André Dias Pereira; António Sousa Pereira; Carlos Maurício Barbosa; Daniel Torres Gonçalves; Filipe Almeida; Francisca Avillez; Jorge Costa Santos; Jorge Soares; Lucília Nunes; Luís Duarte Madeira; Maria do Céu Soares Machado; Pedro Pita Barros; Regina Tavares da Silva; Rita Lobo Xavier; Sandra Horta e Silva; Sérgio Deodato; Tiago Duarte.

Impedido de participar na votação do parecer, o Conselheiro José Miguel Guimarães juntou por escrito o seu sentido de voto, conforme à aprovação.