



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

109/CNECV/2020

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

**PARECER SOBRE O PROJETO DE LEI N.º 104/XIV/1.ª (PS)
“PROCEDE À 50.ª ALTERAÇÃO AO CÓDIGO PENAL,
REGULANDO AS CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A PRÁTICA
DE EUTANÁSIA NÃO PUNÍVEL”**

(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 104/XIV/1ª (PS) - “Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível”.

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.

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

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 interferência de terceiros (o médico que execute 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

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.

confirme - *vd.* “este sofrimento justifica e valida a eutanásia e o suicídio medicamente assistido”.

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 carácter expresso, instante, 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,

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

organização e funcionamento das associações públicas profissionais, revogando o Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de agosto.

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

⁶ Idem, artigo 5.º.

apropriado. Ora, não se antevê como poderão essas condições vir a ser satisfeitas por 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 – “situação de extremo sofrimento, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal” – 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 104/XIV/1ª (PS) “Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível”

O Projeto de Lei n.º 104/XIV/1ª (PS) “Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível” apresenta, na exposição de

motivos, a intenção de reconhecer como essencial e "salvaguardar a esfera de autonomia individual", quando a "pessoa que pede a eutanásia está numa situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal, pelo que precisa, justamente, de ajuda para concretizar um ato que não deixa de ser, absolutamente, uma decisão individual, livre e esclarecida". Assim, considera a eutanásia não punível "em circunstâncias especiais", resultante "de uma ponderação de direitos e valores constitucionais (vida humana, dignidade da pessoa humana, autonomia individual) " e a desproporcionalidade da punição prevista atualmente.

Também na exposição de motivos, salienta-se que o procedimento, o Registo Clínico Especial que integrará todas as fases do procedimento clínico e a Comissão de Verificação e Avaliação do Procedimento Clínico de Antecipação da Morte à qual cabe a emissão de parecer prévio obrigatório, são elementos de realização do processo para a "*concretização da decisão do doente. Deixa-se claro que no caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão.*". O conceito de base é o de **antecipação da morte**. A fiscalização e avaliação dos procedimentos clínicos de antecipação de morte é atribuída à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), considerando a "*importância da informação e esclarecimento, prevê-se que a Direção-Geral da Saúde disponibilize, no seu sítio da Internet, uma área destinada a informação sobre a realização de eutanásia não punível.*"

Desde a exposição de motivos que os dois conceitos se intercalam – "eutanásia não punível" e "antecipação da morte", o que surge clarificado no objeto: " 1 - Para efeitos da presente lei, considera-se **eutanásia não punível a antecipação da morte** por decisão da própria pessoa, maior, em situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde. 2 - *O pedido subjacente à decisão prevista no número anterior obedece a procedimento clínico e legal, correspondendo a uma **vontade atual, séria, livre e esclarecida**.* Da leitura da exposição de motivos e da defesa da autonomia, poderíamos ser levados a concluir que é intenção do Projeto de Lei que o Estado garanta o pleno exercício do direito à autonomia e à autodeterminação dos indivíduos que, "de uma forma livre e esclarecida", 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 (eutanásia), ora para supervisionar aquele que se suicida na prática do ato letal (suicídio *medicamente* ajudado).

O pedido de antecipação da morte prevê-se "em situação de sofrimento extremo, com

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

lesão definitiva ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde" - salientamos a ambiguidade da "lesão definitiva ou doença incurável" e o "sofrimento extremo". Os conceitos são vagos e equívocos – *lesão definitiva* tem uma amplitude excessiva, podendo incluir situações que não são de fim de vida.

O pedido de antecipação da morte é dirigido ao médico orientador, da escolha do doente (*"3.º/ 1 - O pedido de abertura do procedimento clínico de antecipação da morte é efetuado por pessoa que preenche os requisitos do artigo 2.º, doravante designada por «doente», em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, a ser integrado em Registo Clínico Especial (RCE) criado para o efeito. 2 - O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente, doravante designado por «médico orientador», que pode ser ou ter sido o médico pessoal ou de família do doente e que pode ser especialista na patologia que afete o doente"*). Esta formulação - *"pode ou não ser ou ter sido o médico pessoal e que pode ou não ser especialista na patologia que afete o doente"* - pode colocar em causa o conhecimento da situação do doente, assim como o cumprimento dos deveres de informação que são imputados ao médico responsável, no artigo seguinte, quanto a informações "na área dos cuidados paliativos". Adicionalmente refira-se que, independentemente de o pedido ser dirigido ao médico, não existe nenhuma referência à equipa multidisciplinar ou a outros profissionais de saúde autorregulados que fazem parte da equipa terapêutica.

O médico especialista é definido com o critério *"especialista na patologia que afeta o doente"*, o que pode ser vago ou relativo nas realidades atuais de comorbilidades. Parece 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 invés de a exigir a todos os intervenientes.

Ao médico orientador e ao médico especialista, pode suceder-se o parecer do médico psiquiatra *"sempre que ocorra uma das seguintes situações: a) O médico orientador e/ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte revelando uma vontade séria, livre e esclarecida; b) O médico orientador e/ou o médico especialista admitam ser a pessoa portadora de perturbação psíquica que afete a sua capacidade de tomar decisões revelando uma vontade séria, livre e esclarecida"*.

O procedimento inclui o parecer prévio da Comissão de Verificação e Avaliação, que é elaborado *"no prazo máximo de 5 dias úteis"*, o que parece irrealista.

Após todo o procedimento e parecer da Comissão, o doente escolhe a possibilidade de eutanásia ou de suicídio assistido, em qualquer dos casos, com orientação e supervisão médica. *"O médico orientador informa e esclarece o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente"*.

O Projeto de Lei considera profissionais qualificados "os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Médicos e também os inscritos na Ordem dos Enfermeiros, desde que a sua intervenção decorra sob 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 n.º 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.

A despenalização e legalização da eutanásia e do suicídio assistido tornaria função de um médico prescrever um fármaco, supervisionar a morte (eventualmente observando o ato ou administrando o fármaco) e verificar o óbito – garantindo que o fim de vida ocorre de forma indolor e o é apenas para o sujeito que formula o pedido (o fármaco não é usado indevidamente). Ainda que a alínea f) do artigo 17.º pareça reconhecer uma equipa disciplinar, não existe evidência de um plano de cuidados de equipa, centrado nas necessidades da pessoa.

Sobre a objeção de consciência "Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte de um doente se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer, sendo assegurado o direito à objeção de consciência a todos que o invoquem", deve ser "*manifestada em documento assinado pelo objetor, dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde em que o doente está a ser assistido e o objetor presta serviço, se for o caso, e com cópia à respetiva Ordem profissional. A objeção de consciência é válida e aplica-se em todos os estabelecimentos de saúde e locais de trabalho onde o objetor exerça a sua profissão*". E a recusa por objeção de consciência "*deve ser comunicada ao doente no prazo máximo de 24 horas e deve especificar as razões que a motivam*." 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.