



Declarações ao Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal

## **DECLARAÇÃO**

CONSELHEIRO ANDRÉ DIAS PEREIRA

### **1. O CNECV reconhece e respeita a pluralidade de mundivisões existentes na sociedade portuguesa sobre as decisões de fim de vida**

O Parecer do CNECV, de 9 de junho de 2022, configura uma contribuição para que uma futura lei – que poderá vir a despenalizar e a regular a eutanásia e o suicídio assistido – possam corresponder a um modelo que respeite a pluralidade de mundivisões existentes na sociedade portuguesa sobre as decisões de fim de vida.

Com efeito, há alguns setores da sociedade e, como se tem verificado pelas expressivas e repetidas votações parlamentares (em diferentes legislaturas), com amplo assento na Assembleia da República, que entendem que não deve ser censurada, pelo Direito Penal, a possibilidade de tomar a dramática decisão de evitar sofrimento intolerável, no caso de doença grave e incurável ou de lesão definitiva, através da ‘morte medicamente assistida’ (*rectius*, ajudada). Provavelmente, será sempre uma parcela muito diminuta dos cidadãos a optar por este caminho. Aliás, mesmo nos Países Baixos, onde estes procedimentos não são criminalmente punidos, há cerca de cinco décadas, não se ultrapassa o número de 5% de mortes através destas decisões.

O CNECV, com o Parecer ora aprovado, reconhece este pluralismo e visa, com alguns dos contributos presentes no Relatório, promover o aperfeiçoamento de alguns detalhes de redação.

### **2. “Doença grave e incurável” como conceito tão ou mais limitador que a chamada “doença incurável e fatal”**

Todavia, a maioria do CNECV que aprovou o Parecer faz uma interpretação do conceito de “doença grave e incurável” como sendo mais ampla do que a redação aprovada anteriormente, designadamente no Decreto n.º 109/XIV, que fazia referência a “doença incurável e fatal”.



*Por isso, votei contra essa parte do Parecer, acompanhando outros Conselheiros. Entendo que esta é uma interpretação que não considera o elemento sistemático e teleológico da interpretação jurídica. Com efeito, a designação "doença incurável e fatal"*

*usada no referido Decreto em nada pode ser considerada menos abrangente do que, tal como extensamente definida, na Proposta do BE e do PS, "uma doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível".*

Bem pelo contrário! Doença fatal é aquela que não tem cura, ou seja, que é incurável. As Propostas do BE e do PS ora em análise exigem que, para além de a doença

ter que ser *incurável*, tem que ser *grave*, e ainda, como resulta do esforço de densificação

e delimitação do conceito apresentado, tem que ser "uma doença que *ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível*". Ou seja, um quadro clínico bem mais delimitado e uma situação de patologia que *ameace a vida em fase avançada* do que a simples referência a uma "doença fatal"; uma *patologia progressiva* e não meramente "fatal"; uma doença *incurável e irreversível* e, por isso, fatal!

Um processo democrático leal não se compadece com um "fetichismo" linguístico, antes com o rigor argumentativo e com uma interpretação que considere a norma no seu contexto e com respeito pelo sentido objetivo dos conceitos utilizados.

Não posso deixar ainda de assinalar que a questão da "fatalidade" há muito foi superada (neste longo e participado processo de regulamentação da morte medicamente assistida) pela aceitação da eutanásia e do suicídio assistido nos casos de "Lesão definitiva de gravidade extrema". A qual é caracterizada como "lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa".

Ou seja, nem nestas Propostas, nem nos diplomas anteriormente aprovados, se exigia que esta "lesão definitiva" fosse "fatal", pelo que não pode deixar de surpreender que este Parecer coloque tamanho empenho em denunciar a ausência do requisito de "fatalidade" no que respeita à "doença grave e incurável", sem considerar a forte densificação do conceito operada nos Projetos do BE e do PS, e que se repete: "uma doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível".



### **3. A mais valia do acompanhamento psicológico**

O debate no plenário do CNECV enriqueceu este Parecer, ao apelar à necessidade de ser garantido um acompanhamento por um psicólogo destas pessoas em situação de crise existencial. A Psicologia não visa orientar a pessoa, antes dar-lhe instrumentos para atenuar o sofrimento e tomar uma decisão mais livre e informada. É fundamental que todo este processo seja visto de forma humanizada e respeitadora da individualidade da pessoa, e não um ato burocrático e “desacompanhado”.

Por seu turno, a sugestão de acrescentar a presença de um psiquiatra ou de um psicólogo na Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de *Morte Medicamente Assistida (PS)/ Antecipação da Morte (BE/PAN)*, parece-me burocrática e não leva em conta a índole específica destas profissões que se querem operantes junto dos doentes, em proximidade com as pessoas, e não distantes, num gabinete de verificação e avaliação de procedimentos.

Essa mesma exigência de proximidade com o doente levaria a que – no plano ético – se devesse contar com um “médico orientador” que fosse o “médico assistente” ou o “médico de família” do doente que pede a ‘morte medicamente assistida’. Todavia, estamos cientes que muitos médicos de família e médicos assistentes poderão invocar o seu direito à objeção de consciência, que está consagrado na Constituição e na lei.

De todo o modo, esta recomendação do CNECV interpela de forma aguda a Ordem dos Médicos e a comunidade médica, em geral, no sentido de encetarem uma reflexão séria sobre esta nova realidade social e a necessidade de adaptar a compreensão da profissão também para estas decisões de fim de vida, que alguns cidadãos possam vir a querer tomar.

Seria ilegítimo que o legislador forçasse cada um dos médicos de família ou médicos assistentes a participar num processo, pelo que a crítica feita no Relatório não deverá verdadeiramente ser entendida como dirigida apenas ao legislador.

Coimbra, 9 de junho de 2022

André Dias Pereira



## DECLARAÇÃO

CONSELHEIRO ROSALVO ALMEIDA

(Declaração de voto vencido na aprovação do projeto de Parecer do CNECV)

A. Lamentavelmente, enraizou-se no léxico comum a expressão “morte medicamente assistida”, validando um falso cognato (pares de palavras que parecem ser cognatos por causa de sons e significados semelhantes, mas têm etimologias diferentes) que dificilmente desaparecerá - a boa tradução de *assisted*, neste contexto, é “ajudada”. Se adotássemos “morte medicamente ajudada” (MMA), acabaríamos com a alegação de que afinal todas as mortes devem ter (boa) assistência médica. O Parecer deveria apontar este erro.

B. Apesar de o Parecer se não pronunciar sobre a eticidade da questão central - a não punição de quem ajuda pessoa maior doente e em sofrimento extremo a pôr termo à vida - e de o relatório que o fundamenta conter algumas críticas justas e construtivas aos projetos de lei, discordo, entre outras, da afirmação de que os projetos de lei entram em contradição sobre o respeito pela autonomia do doente. A autonomia não é um valor absoluto (se fosse, nem seria preciso lei que balizasse as condições em que a ajuda é legítima), nem o paternalismo é um mal em si (se fosse, os pais deixariam de orientar os seus filhos). Dar acesso a MMA a quem a solicite não parece uma condição limitadora. Errado seria dar a quem a não solicite ou a quem se lhe oponha.

C. A proposta de aumentar o número de elementos da Comissão de Verificação e Avaliação põe em risco a sua eficácia. A exigência de um psiquiatra e/ou de um psicólogo na CVA não implica necessariamente vantagem. Os membros da CVA devem ser, sobremaneira, personalidades reconhecidamente isentas e sensatas que monitorizam os procedimentos previstos na lei e detetam desvios, rampas escorregadias, mercantilização, etc. Seria aceitável que o elemento designado pelo CNECV, em vez de “um especialista em bioética”, fosse “um médico com reconhecida competência em bioética”. Seria desejável, para a boa escolha, que os membros da CVA só tomassem posse depois de uma audição individual e pública junto da Comissão Parlamentar da Saúde da Assembleia. Seria importante que a lei atribuísse explicitamente aos membros da CVA o caráter de independência perante as entidades designantes (inamovibilidade depois da posse, salvo situações excecionais), bem como lhes impusesse um especial dever de reserva.

D. Embora haja ordenamentos jurídicos onde é necessário haver um prognóstico fatal previsível a um determinado tempo (p. ex. 6 meses), a dificuldade de fixação de um tal prazo e o prolongar por anos de um reconhecido sofrimento extremo causado por certas doenças graves e incuráveis leva, a meu ver, a que o respeito pela vontade do



doente deva ser considerado mesmo sem a aproximação do fim de vida natural. Por tal razão e ainda por não haver diferença moral plausível entre respeitar a autonomia de doentes com doenças de terminais ou com doenças persistentes, discordo que a formulação encontrada nos projetos de lei seja dita desproporcional.

E. Não tem sustentação lógica a afirmação de que se torna “o doente em objeto da própria decisão”. Afinal, qualquer decisão sobre o final de vida de uma pessoa só pode ser tomada pelo próprio e só pode ter por objeto a própria pessoa.

F. Ser o “médico orientador” escolhido pelo doente pressupõe que há grau de confiança quanto basta. Escrever na lei que o doente tem de invocar essa confiança parece-me pernóstico ou, pelo menos, não essencial. Ao contrário do afirmado, o acesso a cuidados paliativos não é diferenciado por efeito da legislação em apreço. Garantir que ao doente que, querendo, tem o acesso a cuidados paliativos não parece ser um privilégio, mas antes algo que se opõe a uma errada interpretação que alguém possa ter – se pedes MMA, já não terás cuidados paliativos!

G. Todos sabemos que em Saúde e, especialmente, no exercício da Medicina não é possível desenhar soluções para todos os dilemas e problemas garantidamente certas e limpas de incertezas, nomeadamente os que têm dimensão ética. O recurso a algoritmos, com ou sem apoio em técnicas de inteligência artificial, (ainda) não permite elaborar leis e normas perfeitas e sempre haverá possibilidade de as melhorar. Por tais razões, o exposto no relatório que acompanha este Parecer deve ser entendido como um contributo para um indispensável aperfeiçoamento dos projetos de lei sob análise.

H. Não tendo tido vencimento o público reconhecimento por parte do CNECV do esforço do legislador para encontrar uma formulação que seja o mais possível próxima da justa medida (respeita a autonomia decisional da pessoa em sofrimento quanto ao termo da sua vida; define as condições de excecionalidade e os passos procedimentais que impedem abusos ou aproveitamentos por parte de terceiros, assim como, ao mesmo tempo, previne atitudes precipitadas ou irrefletidas por parte do doente), só me restou votar contra o Parecer.

Porto, 9 de junho de 2022

Rosalvo Almeida



## **DECLARAÇÃO**

CONSELHEIRO MIGUEL RICOU

Independentemente do meu voto favorável ao presente Parecer, perseguindo uma filosofia de promoção de consensos dentro do Conselho que, entendo, deverá plasmar o ideal de uma sociedade coesa e participativa, entendo dever destacar alguns pontos que considero relevantes para esta discussão e, sobretudo, deveriam ser considerados na legislação.

### **1. Do termo “Morte Medicamente Assistida”**

Desde sempre considero que o termo “Morte Medicamente Assistida” é pouco rigoroso e que, dificilmente, que não por alguma tradição, é suficientemente figurativo daquilo que está em causa num processo desta natureza (Marina, Maia & Ricou, 2019). Pode apontar para um procedimento que não implique uma antecipação do momento da morte, que é precisamente aquilo que está em causa nestes projetos de lei, mas “apenas” uma assistência médica ao processo de morrer com vista à mitigação do sofrimento, que será aquilo que qualquer pessoa espera numa sociedade como a nossa. O conceito “Morte Medicamente Antecipada” seria mais rigoroso e esclarecedor quando o que se pretende é promover um processo de eutanásia ou suicídio assistido, considerando que, neste projeto de legislação, apenas os médicos poderão levar a cabo estes processos. De outro modo, “Morte Antecipada” seria suficiente uma vez que retrata, de facto, aquilo que é pretendido pelo doente que a solicita.

### **2. “Doença grave e incurável” e “Lesão definitiva de gravidade extrema”**

O Parecer do CNECV considera uma interpretação do conceito de “doença grave e incurável” como sendo mais ampla do que a redação aprovada anteriormente, designadamente no Decreto n.º 109/XIV, que fazia referência a “doença incurável e fatal”. Considero que, a partir da definição existente - “uma doença que *ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível*” - isso mesmo não se verifica. Mais, e aceitando como verdadeiro, o que não concedo, o argumento que se perde a exigência de uma doença fatal, considerando que a “Lesão definitiva de gravidade extrema”, já presente no Decreto n.º 109/XIV, desde sempre não considerou essa exigência, entendo que o alargamento do âmbito da morte medicamente assistida não existe.

Entendo sim, que estas propostas deveriam considerar a exigência de um período mínimo de tempo entre a solicitação da antecipação da morte e a sua concretização (que poderia ser diminuído em casos devidamente justificados), incluindo uma diferença no processo de solicitação da antecipação da morte entre os doentes com “doença grave e incurável” e os doentes com “lesão definitiva de gravidade extrema”. Existe sempre um processo de adaptação da pessoa a uma realidade difícil, emocionalmente



exigente, como será a presença de uma doença ou lesão deste tipo. No fundo, trata-se de um processo de adaptação (semelhante a um processo de luto) que a pessoa terá que atravessar, que tem impacto sério nos processos de tomada de decisão. Por isso mesmo o acompanhamento psicológico pode ser muito importante nesta fase. Está claro, na escassa literatura científica existente (Marina, Wainwright, & Ricou, 2020) que o processo de adaptação à doença ou à lesão é, tendencialmente, diferente, sendo que por isso mesmo deveria existir um período de tempo mais extenso para as pessoas que sofrem de uma lesão definitiva, por natureza não evolutiva.

### **3. Dos relatos dos processos**

Entendo ser muito importante que todos os processos de morte antecipada sejam devidamente relatados e tornados públicos (com a devida anonimização) no que diz respeito à estatística associada, nomeadamente, o número de pedidos aceites, rejeitados e concretizados e os motivos associados, os diagnósticos das pessoas, o local onde se realizou o procedimento, o tipo de cuidados paliativos prestados, e o tempo que mediou entre o pedido e a realização do processo de morte antecipada. Trata-se de um processo sensível que se pretende não gere dúvidas entre a população e que sirva de reforço da relação entre as pessoas e os profissionais de saúde. Do mesmo modo, será muito importante que sejam processo escrutinados e objeto de investigação a fim de se poder melhorar, ao longo do tempo, a legislação e deste modo contribuir para uma maior justiça e para melhor corresponder ao melhor interesse dos doentes.

Porto, 14 de junho de 2022

Miguel Ricou

### **Referências**

Marina, S., Costa-Maia, I., & Ricou, M. (2019). Definição do Conceito de Morte Antecipada em Português. *Acta Medica Portuguesa*, 32(6), 474-474. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.12359>

Marina, S., Wainwright, T., & Ricou, M. (2020). The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. *International Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/ijop.12680>



## **DECLARAÇÃO**

CONSELHEIRO JOÃO RAMALHO-SANTOS

João Ramalho-Santos declara ter votado contra dois pontos do parecer por considerar que as objeções levantadas são suficientemente abordadas nas propostas legislativas em causa, com as quais genericamente concorda.

Coimbra, 14 de junho de 2022

João Ramalho-Santos