

DECLARAÇÃO
André Dias Pereira

1. Como em 2018, não me revejo na perspectiva seguida pela maioria do CNECV. Já na altura votei contra o Parecer e apresentei uma breve Declaração, que pode ser consultada aqui: https://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1520844966_Declaracao%20de%20Andre%20Dias%20Pereira.pdf

2. Embora haja diferenças relevantes entre os vários projetos, entendi votar negativamente todos os Pareceres, porque entendo que – em trabalho de Comissão de Especialidade – todos os Projetos podem vir a dar um contributo para uma *Lei* da Assembleia da República que despenalize e regule, sob rigorosos pressupostos, a “ajuda à morte” (segundo a terminologia de Figueiredo Dias).¹ Ainda assim, sou da opinião que a redação das condições do pedido “*de morte medicamente assistida*” mais cautelosas e cuidadosas são apresentadas no Projeto do PEV (Partido “Os Verdes”), pois delimita essas circunstâncias com grande rigor e densidade.

3. Entendo ter o dever ético de justificar, não apenas o meu voto contrário aos Pareceres aprovados pela maioria do CNECV, mas também, humildemente, fazer breves sugestões e dar um contributo para o aperfeiçoamento dos Projetos.

4. Assim, quanto à primeira dimensão, remeto para a referida Declaração de 2018, mas complementarmente que, para além do *direito à autonomia* e à *liberdade* (de consciência)² encontramos, concomitantemente, o princípio ético de *misericórdia ou compaixão* (num sentido laico), nos termos defendidos, por exemplo por Marcia Angell³ ou pelo Lord George Carey.⁴ Misericórdia para com aqueles concidadãos que – vítimas de uma enfermidade incurável e que causa sofrimento insuportável – desejam prescindir de um tempo previsível de vida, em nome da eliminação do sofrimento, através da causação ajudada da morte. É neste contexto mais amplo, que não a mera “*visão superlativa da autonomia*”, que leio e compreendo os Projetos apresentados pelos Partidos. Ou seja, valoriza-se a *autonomia* e *liberdade de consciência* do paciente em conjunto com a *compaixão* pelo enfermo, que padece de uma doença ou lesão definitiva que causa sofrimento insuportável, conduzindo a uma vida (na perspectiva do próprio doente) sem esperança de alívio do sofrimento atroz e com ausência de sentido.

5. Um outro argumento aduzido, prende-se com a *vulnerabilidade do paciente*. Afirma-se que “a autonomia merece sempre ser considerada no contexto da vulnerabilidade da pessoa

¹ FIGUEIREDO DIAS, Jorge “A “ajuda à morte”: uma consideração jurídico-penal”, in *Revista de Legislação e de Jurisprudência*, Ano 137.º, Março-Abril 2008, p. 202 e ss.

² O artigo 41.º da Constituição da República Portuguesa afirma: “A liberdade de consciência, religião e culto é inviolável.”

³ ANGELL, Marcia, “Helping Desperately Ill people to Die”, in Emanuel, Linda (Ed.), *Regulating How We Die*, 1998, pp. 3 e ss.

⁴ <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/02/07/so-many-christians-support-legal-assisted-dying-not-because-they-see-life-as-unimportant-but-because-compassion-demands-it/>

doente.” Concordo com a afirmação, mas não me parece que porque a pessoa doente está vulnerável, deveremos entender que a sua autonomia deve ser sujeita a uma valoração mais “paternalista”. Não é lícito defender uma *presunção inilidível* de que o pedido para terminar o sofrimento permanente e insuportável é sempre baseado em *falta de verdadeira autonomia*. Não é justo e eticamente fundado considerar que a verdadeira autonomia significa o desejar mais e melhor medicina, mais e melhores cuidados paliativos, mais e melhores famílias, mais e melhor acompanhamento espiritual. Assim será para muitos cidadãos. Provavelmente a maioria! Por vezes, porém, a autonomia pode significar a decisão radical de querer antecipar a morte e não viver um tempo de sofrimento atroz e cruel. Não pode, portanto, um Estado que se baseia na *dignidade da pessoa humana*⁵ – daquela concreta pessoa humana! – e que salvaguarda a *liberdade de consciência* afirmar que esse é o caminho – não apenas bom, mas *obrigatório* – para todos os cidadãos em condições de sofrimento permanente e insuportável.

Assim, parece-me que, em honestidade intelectual, (e ao contrário do que resulta do texto dos Pareceres) deveremos admitir que, em *alguns* (ou em muitos) *casos*, um pedido repetido de eliminar o sofrimento pode passar pela genuína, livre e esclarecida decisão radical de pedir a morte. Ora, negar esse pedido, por entender que o sofrimento está mal medicado ou indevidamente cuidado, por ausência de apoio familiar ou apoio espiritual, ou é apenas “subjetivo”, numa sociedade laica e liberal, começa a ser visto, por muitos, como *ilegítimo*. Negar a despenalização e a regulação da “ajuda à morte” pode ser visto como uma forma de autoritarismo de Estado que impõe *um certo modo* de ver a morte. Autoritarismo que se afirma logo face aos mais *vulneráveis*: as pessoas em sofrimento insuportável e sem esperança de tratamento médico.

6. Contrariamente ao argumento apresentado nos Pareceres, entendo que as insuficiências de proteção do direito fundamental à proteção da saúde não poderão legitimar uma negação de uma compreensão diferente do modo de viver os momentos de fim de vida. Porque o Estado e a sociedade ainda não construíram um SNS (Serviço Nacional de Saúde) perfeito, aqueles que desejam antecipar o momento da morte e com isso eximir-se a viver semanas ou meses de sofrimento permanente e insuportável devem ser obrigados a esse tempo de vida? A aceitar essa linha de argumentação, estaríamos a impor esse tempo de sofrimento e ausência de sentido em nome de uma necessidade de melhorar o SNS. Isso seria uma *instrumentalização* do tempo de vida *de pessoas* que pensam de forma diferente sobre o seu fim de vida. Assim, podemos questionar se a manutenção da criminalização (prevista no artigo 134.º do Código Penal), *sem qualquer exceção*, é afinal uma forma de instrumentalizar o tempo de vida em sofrimento de alguns em nome de um pensamento ético ou ideológico de outros? Estaremos a cuidar daqueles cidadãos como um *fim em si mesmo* (Kant)? Ou a utilizá-los para promover um certo modo de ver o mundo, *um certo modo de ver a morte*? Por outro lado, sempre poderíamos questionar a partir de que ponto seria o sistema de saúde suficientemente bom para se poder abrir a hipótese da eutanásia ou do suicídio assistido? Quando fosse tão bom como nos Países Baixos ou na Bélgica?

7. Realça o Parecer o facto de a ética médica e a regulação das profissões da saúde, em Portugal, nomeadamente as autorreguladas, terem finalidades que se afastam da regulamentação da “ajuda à morte”. É bom recordar que o Código Deontológico se subordina

⁵ Artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa

à Lei; por isso é um Regulamento (no caso da Ordem dos Médicos). Sendo uma Lei (como acontece com a Deontologia dos Enfermeiros e dos Farmacêuticos), esta passa pelo crivo da Assembleia da República e a unidade do sistema jurídico e as regras de interpretação resolvem os conflitos normativos que possam surgir.

Por seu turno, parece razoável crer que a maioria dos médicos não se revê na forma de lidar com a morte, que passa pela antecipação da mesma; compreendemos que o pensamento dominante, na ética médica, é contra a eutanásia. Todavia, não podemos olvidar que a relação entre os profissionais de saúde e o paciente não é determinada unilateralmente pelos primeiros. O movimento eutanásico tem origem na mundivisão de alguns cidadãos, de alguns pacientes e de alguns grupos sociais. O Direito da Medicina não é realizado por médicos para doentes. É construído pela dialética social, em que outros atores tomam – cada vez mais - voz ativa. A “democracia sanitária” também se realiza no debate das regras jurídicas, em que outras vozes (doentes, outros profissionais, ideologias, pensamentos), que não apenas a ética médica, têm o devido valor, seguindo as regras do Estado de Direito Democrático.

Claro que se houvesse unanimidade, por parte dos médicos, no sentido de rejeitar a eutanásia ou o suicídio assistido, esta prática não poderia ser assegurada. Havendo já alguns médicos, e em número relevante, que revelam compreensão para esta diferente forma de querer “cuidados” em fim de vida, parece-me eticamente injustificado barrar estoutro caminho, pelo receio (aliás não cientificamente fundado) de que não haverá médicos suficientes para acudir a estes cidadãos.

Ainda assim, a eventual aprovação destes Projetos deve exigir, no plano ético, um profundo aprofundamento, não apenas da rede de cuidados paliativos, mas ainda de frequentes e robustas *ações de formação dos profissionais de saúde em medicina paliativa, em fim de vida e em relação e comunicação com os doentes em sofrimento insuportável*.

8. Em segundo lugar, acrescentaria ainda um conjunto de tópicos de reflexão a ser considerados pelo legislador:

A) INTERVENÇÃO GRATUITA

9. Segundo o Projeto do PEV, mostra-se necessário que aquele que quer morrer “*se encontre a ser acompanhado e tratado em estabelecimento de saúde do Serviço Nacional de Saúde*”. Discordo desta solução, pois trata-se de uma visão “estatista” da saúde (e da morte!), que não encontra arrimo na Constituição e nos princípios éticos da liberdade e autodeterminação. Estas práticas devem poder ser praticadas no SNS, no setor social ou no setor privado, ou mesmo em casa do doente, se tiver condições adequadas. Todavia, uma das dimensões subjacentes a esta proposta prende-se com a necessidade de assegurar que os profissionais não têm interesse financeiro nestas prestações. Assim sendo, deveria lançar-se o debate sobre a *gratuidade* destas prestações.⁶ Seria eticamente positivo exigir a gratuidade, pois denotaria que o acompanhamento à morte (ato de terrível densidade humana) se faria por *compaixão* e não como atividade de saúde, sujeita às leis do mercado (*ainda que regulado*). Ou

⁶ Na Alemanha, onde o suicídio assistido não é criminalizado, foi-se mais longe e alterou-se o § 217 do Código Penal, em novembro de 2015, penalizando quem transforma o suicídio assistido em um *serviço profissional*, com ou sem pagamento. Não me parece um caminho correto criminalizar a profissionalização; mas deve ser discutida a gratuidade dos atos dos profissionais.

seja, a Lei poderia vir a proibir a remuneração, em termos de honorários, dos profissionais e das instituições que venham a prestar estes cuidados, embora se pudesse admitir o pagamento dos medicamentos e dispositivos médicos. É uma sugestão que humildemente deixo à consideração do auditório.

B) REFORÇO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

10. Resulta dos Pareceres que se deve reforçar a luta contra a pobreza das pessoas idosas, que é fundamental fortalecer o SNS e a rede de cuidados paliativos. Não poderia estar mais de acordo! Acrescentaria ainda que as linhas de orientação (éticas e políticas) que favorecem uma medicina baseada em pagamentos do próprio (ou da família) ou de um regime de seguros que não asseguram a plena proteção do doente (ou seja, com limites financeiros à prestação), deverão ser considerados eticamente desadequados, pois desprotegem as pessoas exatamente no momento em que mais necessitam. De todo o modo, o Estado (legislador) deveria assumir o compromisso ético de fazer tudo quanto esteja ao seu alcance para que a *rede de cuidados continuados integrados* e, especialmente, a *rede de cuidados paliativos* seja substancialmente fortalecida e que os cidadãos em situações de sofrimento insuportável possam verdadeiramente *escolher* a hipótese de aceder a cuidados paliativos acessíveis e de qualidade.

C) REVISÃO OBRIGATÓRIA AO FIM DE SETE ANOS

11. A lei, mormente nesta área em que vai assumir um risco social importante (sobrevalorizado pelo Pareceres do CNECV), deveria prever um dever revisão e de reponderação. O dever ético de atualização e de análise das consequências sociais do caminho traçado seria importante e sinalizaria, com clareza, que – com esta Lei - não se defende um *direito à morte*, mas sim um caminho mais compreensivo, mais misericordioso, com *tolerância* e respeitando a *liberdade de consciência*, mas com consciência de que acarreta alguns riscos sociais não negligenciáveis. Pelo que, ao fim de sete anos, o legislador deveria reavaliar os efeitos da legislação e readaptar às exigências da sociedade. Tratar-se-ia de seguir o exemplo das *lois de bioéthique* francesas.

D) O PROCEDIMENTO DE OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA DEVE SER NÃO ESTIGMATIZANTE

12. Alguns projetos burocratizam o procedimento de objeção de consciência e podem levar a demasiadas exigências e alguma publicidade excessiva da condição de *médicos objetores*, para além de impedirem objeções de consciência casuísticas. Parece-me que isso pode limitar a *liberdade de consciência* do profissional de saúde, pelo que a lei deverá prever mecanismos ligeiros e que não discriminem os profissionais que, por objeção de consciência, não desejam participar em procedimentos concretos.

Coimbra, 18 de fevereiro de 2020

André Gonçalo Dias Pereira