

Exmo. Senhor
Presidente da Comissão de Assuntos
Constitucionais, Direitos, Liberdades e
Garantias da Assembleia da República
Deputado Luís Marques Guedes

Email: 1CACDLG@ar.parlamento.pt

N. Ref
SAI-OE/2019/10939

V. Ref

Data
11-12-2019

Assunto: Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre o Projecto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS)

Senhor Presidente,

Em resposta à solicitação de parecer sobre o Projecto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS), que "*Procede à 50ª alteração do Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível*", vem a Ordem dos Enfermeiros, após apreciação do documento junto, apresentar o seu parecer, o que faz, alertando para o que se enuncia:

Previamente a uma análise mais detalhada, considera a Ordem dos Enfermeiros que os conceitos de morte medicamente assistida e de suicídio assistido carecem, em Portugal, de maior clarificação e maturação quer quanto à regulação, quer, essencialmente, quanto ao fundamento.

Pelo que, até que se obtenha um necessário e alargado consenso ético relativamente a estas matérias, a sua discussão não pode ou deve sobrepor-se ou antecipar-se à necessidade de assegurar uma Rede Nacional de Cuidados Continuados e Paliativos adequada, competente, eficaz, eficiente e de fácil acesso para todos aqueles que necessitam ou venham a necessitar de cuidados, bem como centrada na qualidade e dignidade dos cuidados ali prestados à pessoa em situação de fim de vida.

I. Quanto ao exercício da Enfermagem

Determinam as normas e princípios deontológicos que constituem o referencial da Enfermagem, que esta actua sempre tendo em vista a defesa da liberdade, da autonomia e da dignidade da pessoa humana.

Atente-se as normas deontológicas vertidas nos artigos 95.º e seguintes do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicado em anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro, segundo as quais os Enfermeiros actuam com respeito pela vida, dignidade humana e pela saúde (artigo 97.º, n.º 1),



assumindo a protecção e defesa da vida humana em todas as circunstâncias (artigo 103.º), respeitando a pessoa e a sua integridade, assegurando os deveres de cuidado e de informação (artigo 104.º e 105.º).

Em concreto, e no contexto do cuidado à pessoa em fim de vida, determina o artigo 108.º do mesmo Estatuto, que os Enfermeiros assumem o dever de “[...] a) defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas [...]”.

Aos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa, compete, de acordo com as normas éticas e regulamentares vigentes, cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, aliviando o seu sofrimento através do estabelecimento de relação terapêutica adequada, e maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, bem como acompanhar e cuidar dos seus cuidadores e familiares, em particular no processo de adaptação às perdas, à morte e ao acompanhamento do luto.

Nesta perspectiva, o Projecto ora apreciado, sem prejuízo de reconhecer a necessidade de participação dos Enfermeiros na equipa prestadora de cuidados, veja-se o artigo 16.º, a qual, sempre deverá apresentar uma natureza multidisciplinar.

Apesar da inclusão de outros profissionais de saúde, a quem incumbem os deveres consagrados no artigo 17.º (*Deveres dos profissionais de saúde*), o procedimento encontra-se centrado num único profissional, o *médico orientador*, ignorando a intervenção concreta, não só dos profissionais de Enfermagem, como de outros profissionais de saúde junto da pessoa em situação de fim de vida, numa clara violação das recomendações técnicas e científicas, das quais resulta evidenciada a importância e necessidade de garantir a prestação de cuidados por equipas multidisciplinares, atentas até as particularidades e complexidade das necessidades destes doentes.

Sucede que o Enfermeiro é o profissional de saúde que acompanha a pessoa, ainda antes do seu nascimento, até ao final do ciclo, sendo aquele que estabelece a sua relação terapêutica tendo por base uma relação de confiança e de proximidade e que na maioria das vezes melhor conhece o “doente”, sendo inconcebível o seu afastamento do procedimento em causa, ou a sua redução a um “mero executor supervisionado” no acto de administração da terapêutica, conforme decorre do artigo 16.º.

E isto por duas ordens de razões, primeiramente porque a prática da enfermagem constitui hoje uma profissão com um *corpus* científico próprio, compreendendo o seu exercício intervenções autónomas e interdependentes.

Ora, como seguramente se compreende, no contexto das intervenções interdependentes, compreendem-se as intervenções realizadas em conjunto com outros profissionais de saúde, para atingir um objectivo comum, decorrentes de um plano de acção previamente definido em equipa, não havendo lugar para intervenções “sob a supervisão médica”, atento o disposto no artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

No mesmo sentido, o n.º 3 do artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no qual se determina que no exercício das suas funções, “os enfermeiros têm uma atuação de



complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de identidade e autonomia de exercício profissional”.

Depois, pela natureza da relação estabelecida com os destinatários de cuidados. De facto, verificando-se a relação terapêutica estabelecida entre os Enfermeiros e os doentes por si quotidianamente acompanhados numa abordagem abrangente, compreensiva e de avaliação constante do indivíduo e das suas necessidades como um todo, não se perspectiva de que forma podem estes profissionais ser, *a priori*, afastados do procedimento em análise, sem qualquer ponderação relativa ao destinatário de cuidados individualmente considerado.

Assim, não pode esta Ordem, no que em concreto se refere aos Enfermeiros, concordar com o explanado do presente Projecto de Lei, em particular quanto à prática supervisionada.

II. Quanto ao Projecto de Lei

Analizado o Projecto de Lei n.º 104/XIV/1.ª, apresentado pelo Partido Socialista (PS), verifica-se que o mesmo mantém, no essencial, o teor do Projecto Lei n.º 832/XIII/3.ª, anteriormente apresentado pelo mesmo Partido.

Em concreto, e no contexto do cuidado à pessoa em fim de vida, e tal como sucedia no anterior artigo 4.º, o agora artigo 3.º, determina, no seu n.º 2 *“O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente, doravante designado «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”.*

A este médico, *“médico orientador”*, compete nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 4.º e seguintes, não apenas a gestão procedimental, mas a análise do pedido à luz dos requisitos exigidos na presente proposta de diploma, bem como prestar ao doente toda a *“informação e esclarecimento sobre a situação clínica que afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis e o respectivo prognóstico ...”*.

Aceitando a consagração da escolha do doente nos termos do n.º 2 do artigo 3.º, o recurso à expressão *“... e que pode ser especialista na patologia que afete o doente”*, permite que este médico orientador seja alguém de uma área de especialidade completamente distinta da patologia principal ou dos cuidados paliativos, o que, pode, de forma grave, prejudicar a concretização dos deveres a que se encontra obrigado, nomeadamente o dever a prestar toda a *“a informação e esclarecimento”*, àtentas as especificidades científicas e terapêuticas de cada área de especialidade.

Após parecer favorável do médico orientador, encontra-se este obrigado a consultar médico especialista a quem, nos termos do artigo 5.º, compete, validar a verificação de condições favoravelmente validadas pelo médico orientador (n.º 1), bem como emitir diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza incurável da doença ou condição definitiva da lesão.

Sucede que, sendo este profissional escolhido pelo médico orientador, chamado a pronunciar-se sobre o final de vida do doente em concreto, também ele poderá não ter qualquer contacto com o doente.

Assim, não podemos concordar com uma formulação em que o acompanhamento de doentes em fase de fim de vida, contemple apenas a intervenção formal de dois profissionais de saúde (médico



orientador, médico especialista), considerando que, em sentido diverso de outros Projectos de Lei apresentados nesta sede, a intervenção de médico psiquiatra se cinge às situações concretamente enunciadas no artigo 6.º, que com ele possam não ter uma relação de proximidade, sem se prever, para além do enunciado no artigo 16.º, a intervenção de profissionais da equipa multidisciplinar que, todos os dias, prestam cuidados de saúde ao utente.

Considerando não apenas a dimensão ética e deontológica em causa, a qual como resulta evidenciado, suscita inúmeras dúvidas, importa ponderar principalmente a necessidade de se garantir que a decisão do doente é tomada no final de um processo de *"adequada informação"*.

Ora, não se ouvir nem integrar no processo os profissionais que melhor conhecem e diariamente acompanham as implicações e consequências da vivência numa *"situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável fatal..."* (artigo 2.º) pela proximidade da relação terapêutica estabelecida, nomeadamente no acompanhamento e avaliação quotidianos do *"sofrimento extremo"*, não se garante que a decisão tomada seja livre e consciente e plenamente informada, atenta, até, dificuldade de objectivação dos conceitos em causa.

Atente-se que a importância da multidisciplinariedade resulta evidenciada em inúmeros normativos aplicáveis no contexto da prestação de cuidados de saúde, e em particular nas *"Comissões de Ética para a Saúde"*, constituídas por uma equipa multidisciplinar na qual devem estar representadas, entre outras, as áreas profissionais como a medicina, o direito, a filosofia/ética, a teologia, a enfermagem, a farmácia, e outras que garantam os valores culturais e morais da comunidade, de acordo com o objecto da instituição, conforme consagrado no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de Outubro.

Quanto à emissão de pareceres negativos por parte dos especialistas consultados, os quais apresentam como consequência o cancelamento do procedimento, veja-se o disposto no n.º 3 do artigo 5.º, a possibilidade de *"reinício"* com apresentação de novo pedido de abertura de procedimento clínico, suscita alguma perplexidade, uma vez que, sendo a avaliação que sustenta parecer não favorável, técnica e objectiva, se pode estar a sujeitar o doente, já de si debilitado e em sofrimento, a sucessivos reinícios do procedimento, caso as referidas condições de mantenham.

No que tange ao exercício sob a supervisão médica, remetemos para o ponto I., da presente pronúncia.

Quanto à norma enunciada no artigo 19.º, n.º 2, na qual se impõe *"A recusa do profissional deve ser comunicada ao doente num prazo não superior a 24 horas e deve especificar as razões que a motivam"*, não podemos deixar de manifestar a nossa discordância em relação à mesma.

O exercício do direito à objecção de consciência decorre do direito fundamental à liberdade de pensamento, consciência e religião, exercido de forma plena e inviolável nos termos constitucionalmente consagrados no artigo 41.º n.ºs 1 e 6 da Constituição.

A que acresce, nos termos daquele mesmo preceito, a impossibilidade de qualquer *autoridade* poder questionar ou prejudicar o exercício daquele direito fundamental, uma vez que, apenas num quadro constitucional poderá o exercício do direito à objecção de consciência ser limitado, tal como enunciado, *"ninguém pode ser perguntado por qualquer autoridade acerca das suas convicções ou prática religiosa, salvo*



para recolha de dados estatísticos não individualmente identificáveis, nem ser prejudicado por se recusar a responder”.

Desta forma, tal comunicação não poderá estar limitada no tempo, nem depender de qualquer acto de justificação com especificação das razões que motivam a objecção, tal como expressamente previsto no n.º 2 do artigo 19.º.

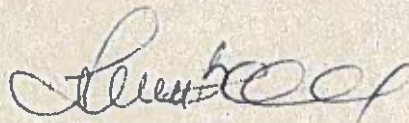
Quanto à inclusão no presente Projecto da obrigatoriedade de parecer da Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA), atenta a particularidade, complexidade e cautela que deve revestir o presente procedimento, não podemos deixar de concordar com a sua existência e inclusão de mecanismos de verificação do mesmo.

No entanto, ao analisar a sua constituição, conforme artigo 23.º, n.º 1, verifica-se que a mesma é fixa, mantendo-se a redacção anteriormente apresentada, inviabilizando assim a possibilidade de recurso a apoio de outros técnicos ou peritos, sempre que se afigure essencial para o correcto desempenho das suas funções.

No que se refere à presença física da IGAS até ao acto de concretização da decisão do doente, não se alcança de que forma se irá concretizar esta fiscalização, conforme previsto no n.º 4 do artigo 8.º *in fine*.

Em concreto, e tal como manifestado aquando da apreciação do Projecto de Lei anteriormente apresentado por este Partido, a Ordem dos Enfermeiros considera que o presente Projecto de Lei não apresenta a maturidade necessária para que possa ser analisado enquanto tal, sendo de não aceitar a redacção proposta.

Com os melhores cumprimentos,



Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo
com competências delegadas pela Digníssima Bastonária

