



**BASTONÁRIO**

Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
Telef. 218 427 100 Fax 218 427 199  
1749-084 LISBOA

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

V/ referência

Nossa referência

Data

CAD/S2020-6797cn/P5449cn

03/03/2020

Assunto: PARECER SOBRE PROJETO DE LEI Nº 195/XVII/1ª (IL) - REGULA ANTECIPAÇÃO DO FIM DE VIDA, DE FORMA DIGNA CONSCIENTE E MEDICAMENTE ASSISTIDA

Exmo. Senhor Presidente,

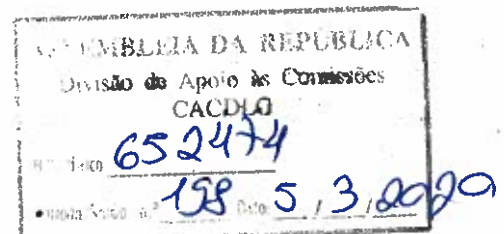
Em resposta ao ofício n.º 56/1.ª - CACDLG/2020, de 12 de fevereiro de 2020, junto se remete o parecer desta Ordem, produzido pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos, sobre o Projeto de Lei nº 195/XIV/1.ª, apresentado pelo Partido "Iniciativa Liberal".

Creia-me com os melhores cumprimentos,

O Bastonário da Ordem dos Médicos

Dr. Miguel Guimarães

Anexo: Parecer OM\_PL195XIV1\_IL







## ORDEM DOS MÉDICOS

### PARECER

**CNEDM54. Parecer do CNEDM sobre soluções médicas para o fim da vida e o Projeto de Lei N.º 195/XIV/1.ª (IL), que “Regula a antecipação do fim da vida, de forma digna e medicamente assistida”**

O Projeto de Lei em consideração pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (CNEDM) é um novo projeto da iniciativa de um único deputado do partido Iniciativa Liberal (IL), inexistente na anterior legislatura.

O CNEDM emitiu, com data de 30 de abril de 2018, um parecer votado por oito dos membros e um voto contra (com declaração de voto). Esse parecer foi formulado em termos gerais contra a eutanásia e o suicídio assistido, sem particularizar os fundamentos da rejeição em função de especificações de cada um dos 4 projetos apresentados na anterior legislatura.

Nesta legislatura o CNEDM emitiu já pareceres específicos relativos aos projetos do BE, do PAN, do PS e do PEV. Este novíssimo projeto, apresentado nesta nova legislatura pela IL, não apresenta em termos gerais nenhuma significativa originalidade, contendo a mesma matéria substantiva de que padecem os outros projetos. E assim, cumpre relevar que o parecer já formulado na anterior legislatura pelo CNEDM, também se aplica a esta nova iniciativa legislativa do partido Iniciativa Liberal. Mas cabe, como em relação aos outros 4 projetos, uma análise específica, solicitada pela Comissão de Assuntos Constitucionais e Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República

#### **1- A legislação portuguesa da saúde para o fim da vida**

É importante, na ponderação de uma nova legislação em questão tão sensível e controversa, apurar o seu enquadramento nas leis portuguesas que contemplam o sistema de saúde, os diferentes tipos de cuidados de saúde, os direitos dos utentes e a medicina.

Há na nossa legislação leis que versam diretamente as questões da fase final da vida e cujo conteúdo convém lembrar. A Lei nº 25/ 2012, «Diretivas antecipadas de Vontade» (designadamente sob a forma de Testamento Vital) estabelece no seu Artigo 5º (Limites das diretivas antecipadas de vontade), consignando na alínea b) que são «juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito as diretivas antecipadas de vontade cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável» tal como consta nos artigos 134º e 135º do Código Penal. (sublinhado nosso).

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei Nº 52/2012) contém também disposições que convém recordar. Na Base III, definem-se os “Cuidados Paliativos” do seguinte modo:



## ORDEM DOS MÉDICOS

*«1- Os cuidados paliativos centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva.*

*2- Os cuidados paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.» (sublinhado nosso).*

Sendo esta lei recente e cuja aplicação carece ainda de meios materiais e humanos para sua aplicação adequada e justa, vale a pena citar outras partes do articulado que se prendem com o tema em consideração. Na Base IV estabelece-se que os cuidados paliativos se regem por princípios de que se destaca logo o primeiro:

*«a) Afirmção da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através da obstinação terapêutica;» (sublinhado nosso)*

Na Base V, Direitos dos Doentes, estabelece-se o seguinte, que transcrevemos:

*«1- O doente tem direito a:*

- a) Receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas;*
- e) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos;»*

Na recente Lei N.º 31/2918, legisla-se sobre «Direitos das Pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida», "consagrando o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada, e prevendo medidas para a realização desses direitos" (Art.º 1 -1). No Art.º 8.º - 1, estabelece-se o seguinte:

*«As pessoas com prognóstico vital estimado em semanas ou dias, que apresentem sintomas de sofrimento não controlados pelas medidas de primeira linha previstas no n.º 1 do artigo 6.º (Cuidados Paliativos), têm direito a receber sedação paliativa com fármacos sedativos devidamente titulados e ajustados exclusivamente ao propósito de tratamento do sofrimento, de acordo com os princípios da boa prática clínica e da legis artis.»*

Não deve sofrer controvérsia que muito está por fazer nesta área de cuidados para o fim da vida, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, que carece de meios adequados para assistir a maioria das pessoas nesta situação. E ninguém poderá negar que é esta a trave mestra de cuidados para suavizar a morte, tratando sempre que possível, cuidando, aliviando, confortando sempre, com cuidados adequados e proporcionados, com dignidade e bom senso, sem manobras ou tratamentos fúteis ou inúteis, no respeito pela pessoa do doente. Respeito esse que se baseia no reconhecimento do direito a ser informado, direito ao consentimento e recusa de tratamentos, cujos princípios de base constitucional são explicitados na Lei N.º 15/2014 sobre «Direitos e Deveres dos Utentes».



## ORDEM DOS MÉDICOS

Nesta legislação recente, que como se sabe carece ainda de meios para a sua completa e eficiente implementação equitativa, tanto no plano prático assistencial, como educativo e cultural, não se entrevê nada em que possa caber a solução terminal preconizada no Projeto de Lei Nº. 195 do IL para legalizar o suicídio assistido e a eutanásia, com a designação eufemística de "antecipação do fim da vida". Pelo contrário, o Projeto de Lei do IL situa-se em contradição com as leis vigentes, como um corpo estranho à medicina. Não há nenhuma necessidade assistencial que possa justificar as medidas contidas no projeto de lei.

A doutrina que serve de fundamento a este último projeto de morte a pedido está muito bem lavrada no que abaixo se transcreve da sua explicação de motivos:

*«Numa sociedade caracterizada pelo respeito perante a vontade dos seus cidadãos, será sempre inadmissível tratar a antecipação da morte medicamente assistida como uma questão pública, deslocando o poder de decisão do indivíduo para o coletivo.»*

Depois desta postura assertiva, a fazer jus ao nome de partido liberal, surge a contradição flagrante de a consecução do método passar por uma imposição à medicina do ato, numa armadura jurídica que não difere da dos outros projetos. Para a mesmíssima institucionalização pública da "antecipação do fim de vida", por via de lei do Estado, com apertados regulamentos, com o fim de evitar a ocorrência trágica (?) da morte de um candidato, desejada, mas ilícita.

### 2- A questão da eutanásia e do suicídio assistido em Portugal

O Projeto de Lei N. 195, que "Regula a antecipação do fim de vida", proclama, logo no título, de "forma digna, consciente e medicamente assistida". As terminologias diferem, mas até aqui a originalidade deste novo projeto fica nos considerandos. A palavra "morte" não é conveniente, fica melhor "fim de vida". A "dignidade" parece ser atribuída ao mérito pela opção de morte executada diretamente ou por suicídio patrocinado, e parece ser implicitamente subtraída aos outros cidadãos que não comungam nestas práticas e morrem naturalmente.

Os atos considerados, agora tidos como dignificantes no projeto, estão proibidos pelo código penal, artigos 134º e 135º, pelo que o projeto de lei da chamada "antecipação do fim de vida" contém, no artigo 23º, em Capítulo de Disposições Finais, uma alteração ao Código Penal por aditamento de alíneas suplementares aos artigos sobre o "homicídio a pedido da vítima" (art.º 134) e sobre o "incitamento e ajuda ao suicídio" (art.º 135). De notar que não são conhecidos em Portugal processos judiciais por aplicação destes artigos.

O projeto de lei N.º 195 do IL utiliza o estereótipo, banalizado sem autorização da Ordem dos Médicos, de "morte medicamente assistida" para designar estas práticas. Todavia, tradicionalmente, morte assistida significa morrer assistido por profissionais de saúde e acompanhado de familiares e/ou pessoas significativas. A "assistência médica" no processo de morrer não é a mesma coisa que matar o doente ou ajudá-lo a matar-se. A terminologia não é inocente e presta-se a equívocos, sendo um procedimento destinado a fazer passar o procedimento junto do público com uma cobertura de maior crédito.

No artigo 1º. do projeto N.º 159 há uma preocupação em enquadrar a chamada "morte medicamente assistida" numa ideia de poder da "vontade" do candidato, numa formulação reiterada de qualificação como "atual", "livre", "séria", "expressa", "esclarecida" e "próprio", numa tentativa de erigir o ser humano em situação de fim de vida como uma personalidade jurídica potenciada pelo direito à morte, como a sua liberdade e libertação.

A tal ponto ascende esta magnificação do sujeito antes do fim, que se salienta que "os processos de morte assistida devem ser solenes e formais, tendo em conta a sua importância". A



## ORDEM DOS MÉDICOS

contradição resulta de que o processo de vida ou de morte destes procedimentos, diz-se no projeto 195º., diferentemente das "formas qualificadas para a realização de certos atos e negócios jurídicos", na "morte assistida não pode de modo algum operar-se num quadro legislativo simplista", que deveria ser o timbre habitual do liberalismo individualista consentâneo com o ideário do II.

Nos considerando preambulares o legislador depara-se com a inquietante constatação de que "Há uma evidente tensão entre a liberdade de cada um exercer o ato supremo de disposição sobre a sua pessoa e o poder ao qual se confere a concretização dessa decisão". A autonomia da pessoa é deslocada e transposta. E, estranhamente, a ânsia de suicídio é guindada a supremo ato.

A ideia de que a eutanásia e o suicídio assistido são dignificantes para o indivíduo e asseguram a capacitação verdadeira da pessoa para uma justa opção terminal resulta do desconhecimento das medidas da medicina apropriadas em situações de grande sofrimento somático e psíquico.

A confusão que lavra na justificação deste e de outros projetos de lei obriga a uma clarificação de conceitos. Os autores não sabem distinguir a boa da má prática assistencial. Recapitulemos. O mesmo étimo grego (*thánatos* = morte) combina-se com prefixos nas palavras *ortotanásia* e *distanásia*, cuja definição aqui se dá.

*Ortotanásia* é o termo que designa as medidas de tratamento e cuidados, sem a utilização de recursos extraordinários, que se enquadram dentro da *legis artis* da medicina para o fim da vida, no respeito pelo doente, suavizando o sofrimento, com aceitação do processo de morrer, no respeito da autonomia e da dignidade da pessoa.

*Distanásia* é o termo que define um procedimento de obstinação terapêutica, de encarniçamento, inadequado e desproporcionado, prejudicando a qualidade de vida física e psíquica da pessoa na fase final da existência. Essa prática está fora do Código Deontológico da Medicina. Pessoas mal informadas, ao caricaturarem os cuidados médicos e assistenciais do fim da vida, como sendo de *distanásia*, justificam a morte por eutanásia ou suicídio assistido como uma solução final adequada.

Na prática de apoio ao doente terminal, com doença irreversível, tendo em atenção a vontade do próprio, a informação da família (ou de próximos) e a consulta da equipa assistencial, pode colocar-se a opção de não promover ou suspender certos tratamentos para assegurar a *ortotanásia*, evitando a *distanásia*, e pode ser decidido o uso de fármacos para alívio da dor e do sofrimento insuportável, que possam ter como efeito "secundário" indireto abreviar a vida. São decisões médicas, embora partilhadas, muitas vezes de extrema dificuldade. O objetivo não é uma antecipação "piedosa" da morte, mas permitir a fase terminal da vida com a qualidade possível, procurando tratar a dor e aliviar o sofrimento sem terapêuticas fúteis ou inúteis.

E nestas práticas assistenciais não se sujeita a pessoa ao processo de um desgastante exame pericial para verificar se o requerente pode ser morto segundo a lei, sem um erro judicial. E esta prova e provação terminal é também a evidência que a pretensa autonomia dignificante da pessoa vai passar por um crivo institucionalizado para impedir o "incapaz" de ser executado e permitir ao arrependido de retroceder. É por isto que, diz-se na doutrina do projeto, "na antecipação da morte há necessidade de garantir a possibilidade de revogação, a todo o tempo, da decisão de iniciar o procedimento (...)", possibilidade que está inserida no artigo 11º. do projeto de lei.

Vem a propósito comentar que na diferença entre eutanásia ativa voluntária e o suicídio ajudado, há um aspeto relevante que leva alguns legisladores a optarem apenas pela segunda alternativa na morte a pedido. Na Suíça, em alguns Estados dos EUA, apenas é autorizado o suicídio



## ORDEM DOS MÉDICOS

assistido. Porquê? Porque ao ser fornecido o produto letal ao doente, para autoadministração, o mesmo pode não o ingerir, numa decisão de último instante, enquanto a administração da injeção letal é irrevogável. Para um partido aparentemente tão preocupado com a majoração da liberdade do indivíduo ficaria bem apenas consentir no projeto o suicídio assistido, para permitir ainda um último gesto, *in extremis*, do candidato ao não ingerir a pilula fatal. É o mundo real e não o articulado de um projeto...

No projeto em análise a pessoa que se encarrega do processo é chamado "médico responsável" e irá ser o mentor de toda a condução do processo de avaliação, incluindo solicitação da avaliação por especialista da doença incurável e, eventualmente, em situação de dúvida, por especialista de psiquiatria. No termo do estudo aturado do caso, sempre com registos, o dossier é entregue à Comissão de Avaliação (artigo. 20º.), de composição muito semelhante aos outros projetos, cujo parecer é dado no prazo de oito dias (artigo 7º.)

A despenalização da "antecipação da morte" é configurada no Projeto de Lei N.º 195 como uma prestação autorizada, institucionalizada em serviços públicos ou privados (ou no domicílio). Vale a pena considerar que nem todos os projetos incluem obrigatoriamente um psiquiatra na avaliação. Neste projeto do IL o psiquiatra só é chamado quando se presume haver um estado mental de possível incapacidade ou até de internamento compulsivo (!) e de estatuto de "maior acompanhado" (!) (artigo 6º.). Estas menções são bizarras, por se presumir que pessoas nessas situações poderiam requerer a morte a pedido. A questão psiquiátrica é de importância inquestionável e não poderá ser objeto de rastreio por um não especialista, que só será competente para verificar perturbações muito evidentes. O problema é que no contexto em que a pessoa requerente está, com um propósito de morte, muito dificilmente haverá condições para no exame mental se detetar um estado depressivo que o próprio entende dissimular. A empatia no exame mental é prejudicada pela finalidade em que se insere, verificar se a pessoa pode ser eutanasiada ou ajudada a suicidar-se. E este aspeto é um dos mais relevantes na crítica fundada à inconveniência médica dos procedimentos de morte a pedido.

Há uma importante questão que deve ser colocada. Visto que o título e todo o articulado do projeto de lei se organiza com base na "antecipação da morte" ou "antecipação do fim de vida", situando o processo no tempo e na duração da vida, teria de haver lugar para se definir um prognóstico, delimitar um prazo. Tal não é feito no artigo 2º. onde caberia a sua menção. Em algumas leis estabelece-se a condição de "doença terminal", com um prazo de vida provável de menos de seis meses. Neste projeto de lei o prazo fica indeterminado, indefinindo o tempo de antecipação, para o caso de "doença incurável e fatal". Em relação aos casos de "lesão definitiva", não sendo, por hipótese, a lesão fatal, como se poderá falar de "antecipação"? Esta imprecisão é sintomática de uma abertura para a chamada rampa deslizante.



## ORDEM DOS MÉDICOS

Este projeto de "antecipação da morte" insere-se dentro da questão mais geral dos cuidados para o fim da vida e respetivos procedimentos médicos, envolvendo soluções distintas em diferentes países. Presentemente, apenas três países europeus legalizaram a eutanásia e o suicídio assistido (Holanda, Bélgica e Luxemburgo) e um despenalizou o suicídio assistido (Suíça). A grande maioria dos países, da Europa, América e Ásia não aceitam estas práticas, nem vêm necessidade de as introduzir na sua legislação.

Cumprir destacar que nos países europeus que legalizaram estas práticas há condições prévias para o doente beneficiar, sem restrições, de cuidados paliativos adequados, situação que falha notoriamente em Portugal. A nossa situação seria talvez idêntica à da Colômbia...

O Parecer emitido pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida a propósito do Projeto do PAN (apresentado na anterior legislatura), explicita com rara clareza esta situação, no ponto 7), "Da inexistência de escolhas viáveis nos cuidados em fim de vida", que reproduzimos na íntegra, pela sua importância:

*«O Estado tem a obrigação de assegurar o acesso a cuidados em fase terminal da vida a quem deles necessite e os queira receber, de um modo universal, quer em instituições de saúde, quer no domicílio.*

*Na sociedade atual existe uma desigualdade, ética e socialmente inaceitável, no acesso a cuidados e ao acompanhamento do doente em fase final da vida e da sua família/ pessoas significativas. As iniquidades verificadas estão, em muito, relacionadas com determinantes de ordem social, económica, geográfica e individual dos cidadãos. É gravosa, em Portugal, a carência de cuidados, designadamente 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 que devem poder recorrer, e que têm sido adotadas em outros países.*

*O Estado não pode concentrar os seus deveres na legalização e regulação de pedidos de morte, eximindo-se das preocupações primordiais de satisfazer as carências que combatem a desigualdade e criem condições para um acesso efetivo aos cuidados. Não é, por isso, eticamente aceitável legislar sobre tais procedimentos sem assegurar, ao mesmo tempo, uma oferta de cuidados organizados em fim de vida aos quais todos os cidadãos possam recorrer se assim o desejarem.*

*Os cuidados paliativos, que não se limitam a situações de final de vida, devem ser reconhecidos como uma intervenção que possa ajudar os doentes a viver com tanta qualidade quanto o possível até à morte, com o suporte às famílias/pessoas significativas.*

*A sedação paliativa, cujo resultado esperado é o alívio do sofrimento intolerável e persistente da pessoa em fim de vida, para os casos em que as restantes terapêuticas disponíveis se revelem ineficazes, do ponto de vista ético, tem um valor próprio e não pode ser considerada*





## ORDEM DOS MÉDICOS

*eutanásia.»*

Vale a pena consultar a Lei Claeys-Leonetti sobre o fim da vida, aprovada em 2016 pelo parlamento francês, que assegura modalidades assistenciais que contemplam autonomia da pessoa, a sua dignidade e uma intervenção médica e terapêutica para não sofrer, adequada caso a caso. Nem eutanásia, nem suicídio assistido.

Por outro lado, não se encontra nos códigos, convenções, declarações ou legislação internacional sobre direitos humanos e medicina, nenhuma menção legal para permitir procedimentos que são a substância do projeto de lei agora reposto na Assembleia da República.

Tenha-se em vista a "Resolução do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, de 29/04/2002, que estipula que *"Não será possível criar um direito à autodeterminação que conferisse a qualquer pessoa o direito a escolher a morte"*.

Reveja-se a **Recomendação número 1418 (1999)** da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa: *«7. Os direitos fundamentais que derivam da dignidade da pessoa em estado terminal são ameaçados por vários fatores: - Prolongamento artificial do processo de morrer e por uso desproporcionado de medidas médicas ou por dar continuidade ao tratamento sem o consentimento do doente; 9-C – Apoiando a proibição de tirar a vida de um doente terminal ou de uma pessoa a morrer - i – Reconhecer que o direito à vida especialmente em relação ao doente terminal ou a morrer é garantida pelos estados membros de acordo com o artigo 2) da Convenção Europeia dos Direitos Humanos que estabelece que ninguém seja privado da sua vida intencionalmente; ii – Reconhecendo que o desejo de morrer de um doente terminal ou de uma pessoa que está a morrer não constitui nunca fundamento para legalizar a morte às mãos de outra pessoa; iii – Reconhecendo que o desejo de morrer de um doente terminal ou de uma pessoa a morrer não pode por si constituir fundamento para uma justificação legal para exercer ações com a intenção de conduzir à morte.»*

Muito recentemente, na 70.<sup>a</sup> Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, realizada em 12 de outubro de 2019, é aprovada a seguinte declaração: *«A Associação Médica Mundial reafirma o seu forte compromisso com os princípios da ética médica e que tem que ser mantido o máximo respeito pela vida humana»*. **Por conseguinte, a AMM opõe-se firmemente à eutanásia e ao suicídio assistido por médico.**

A aprovação de uma lei, nos termos que se perspetiva e com uma prioridade questionável, visando embora procurar soluções para problemas relevantes do fim da vida, fá-lo com soluções eticamente incorretas, sem a devida ponderação do valor da vida em pessoas muito vulneráveis. Atente-se na condição de idosos muito doentes e em sofrimento que poderiam ser levados a requerer pôr termo à vida, de modo a deixarem de ser um "peso" para a família e para a sociedade.

**3- A eutanásia e o suicídio assistido não são práticas de assistência médica e situam-se fora dos princípios da medicina**



## ORDEM DOS MÉDICOS

No preâmbulo do **Código Deontológico da Ordem dos Médicos**, que é o anexo do Regulamento da Deontologia Médica (Regulamento nº 707/2016, Diário da República, 2ª série – N.º 139 – 21 de Julho de 2016), consta o seguinte:

*«O Código Deontológico da Ordem dos Médicos é um conjunto de normas de comportamento que serve de orientação nos diferentes aspetos das relações humanas que se estabelecem no decurso do exercício profissional da medicina.*

*As condutas que o Código estabelece são condicionadas pela informação científica disponível, pelas recomendações da Ordem que, por seu lado, estão balizadas pelos princípios éticos fundamentais que constituem os pilares da profissão médica.*

*Um Código Deontológico, para plasmar em cada realidade temporal os valores da Ética Médica que lhe dá origem, é algo em permanente evolução, atualização e adaptação. Por outro lado, inscrevendo-se o Código Deontológico no acervo jurídico da sociedade, e retirando a sua força vinculativa da autorregulação outorgada à Ordem dos Médicos, integra-se no quadro legislativo geral.*

*Nas normas do presente Código foram consagradas as regras deontológicas fundamentais, atualizando-se aspetos relacionados com os conhecimentos atuais da ciência médica e procurando-se encontrar as soluções bioéticas mais consentâneas com o estado da arte.»*

A menção por extenso do preâmbulo é conveniente para dar a devida ênfase ao significado e importância que reveste o Código, no plano ético e deontológico, e a sua adequação temporal por recente atualização. No Capítulo III do Código, «O médico ao serviço do doente», incluem-se os artigos que de forma clara, organizada e explícita definem os direitos do doente, do artigo 19º ao artigo 26º: esclarecimento do médico ao doente, consentimento, recusa de exames e tratamentos, informação de diagnóstico e prognóstico, respeito pelas crenças e interesses. Este articulado contempla diferentes situações e consagra o princípio da autonomia da pessoa do doente como uma das bases da aliança terapêutica com o médico, muito diferente da antiga relação paternalista.

No Título II, Capítulo II, **Fim da Vida**, está estabelecido no artigo 65º (O fim da vida): «1- **O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida.** 2- **Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia.**» (sublinhado a bold não está no original).

No artigo 66º, definem-se os cuidados paliativos:

*«1- Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua ação para o bem-estar dos doentes, evitando a futilidade terapêutica, designadamente a utilização de meios de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício.*

*Os cuidados paliativos, com o objetivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nas situações a que o número*



## ORDEM DOS MÉDICOS

*anterior se refere.»*

Ainda é do maior interesse referir o artigo 67º, **Morte**, não no seu todo mas em duas alíneas de interesse particular para a questão em causa:

*«3- O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente.*

*4 – O uso de meios extraordinários de manutenção da vida não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente.»*

Por aqui se pode avaliar o cuidado com que se definem estes procedimentos no Código, no respeito da autonomia do doente, da sua dignidade e na própria orientação da medicina para a aceitação dos seus limites.

Se nos cingirmos ao que está disposto no Código Deontológico, a Eutanásia e o Suicídio Assistido estão claramente fora da medicina portuguesa, não são nem podem ser atos médicos. Mas sempre se poderia argumentar que o Código pode ser alterado e que uma lei votada na Assembleia da República se sobrepõe às disposições da deontologia médica consagrada no cânone. Assim poderia ser, se se sobrepusesse sempre o legal ao ético e ao moral, se o legal legitimasse práticas contra o código de ética e deontológico duma nobre profissão. Na presente situação pode-se afirmar que é um procedimento que lesa os princípios de uma classe profissional da máxima importância para a saúde e bem-estar da população, pois é o veículo determinante da ciência médica, na teoria e na prática, em todas as fases da vida, até ao fim.

Lembramos ainda a Proposta de Lei 34/XIII sobre “atos de saúde”, admitida na Assembleia da República em 18 de Outubro de 2016 e discutida no dia seguinte. Embora não aprovada ainda, pode-se desde já dar conta do conteúdo proposto para “ato médico”:

*«Definição de Ato Médico:*

*1- O ato médico consiste na atividade de avaliação diagnóstica, prognóstica, de prescrição e execução de medidas terapêuticas farmacológicas e de técnicas médicas, cirúrgicas e de reabilitação relativas à saúde e às doenças das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão médica.*

*2- Constituem ainda atos médicos, as atividades técnico-científicas de ensino, formação, educação e organização para a promoção da saúde e prevenção da doença, quando praticadas por médicos.»*

Se não bastasse o enunciado destas leis para arrear e sustentar o ímpeto de uma duvidosa iniciativa legitimadora da eutanásia e do suicídio assistido, ainda haveria que considerar o próprio Código Penal. No Capítulo I (Parte Especial, Título I), **Crimes contra a vida**, a despenalização da “morte antecipada” do Projeto de Lei N.º4 é concretizada pelo aditamento de uma 3ª alínea de exceção aos artigos 134-º (homicídio a pedido da vítima) e ao artigo 135º (Incitamento ou ajuda ao



## ORDEM DOS MÉDICOS

suicídio); mas será de interrogar como fazer uma alínea de exceção ao artigo 139º, **Propaganda ao suicídio**, cujo conteúdo é o seguinte:

**«Quem, por qualquer modo, fizer propaganda ou publicidade de produto, objeto ou método preconizado como meio para produzir a morte, de forma adequada a provocar suicídio, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.»** (sublinhado a bold não está no original).

Que forma mais óbvia poderá cometer o Estado para infringir este artigo do que a legitimação do conteúdo dos projetos de morte a pedido, no fundo práticas de suicídio institucionalizado para quem não é capaz por si de o cometer? Sabendo como os efeitos de sugestão social ditam os comportamentos humanos como se poderá tabicar num comportamento estanque a prática tão notória da morte executada por lei? Por conseguinte, em termos de saúde mental, este tipo de medidas é de clara nocividade cujo alcance não se pode prever. A virem a existir leis deste teor seriam sempre, por si próprias, um fator de incitamento ao suicídio não apenas dos “candidatos” elegíveis, mas também de outros, sem limite.

E como é possível absolver no Código Penal a chamada “morte antecipada” de “Crime contra a integridade física”, sob a salvaguarda de “intervenção e tratamentos médico-cirúrgicos” (artigo 150.º), que ponham em causa a integridade física da pessoa, “se forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal ou perturbação mental”? Neste artigo estão consignados os termos em que se pode definir o que é ato médico segundo as *leges artis*. Vai também aditar-se a este artigo uma alínea, em que consta que matar a pessoa ou ajudar a matar-se, em certos casos desesperados, deixa de ser crime contra a integridade física?

Seria então a execução do pedido de “antecipação da morte” tão imperativa que pudesses subverter códigos e leis, travestindo-se de ato médico pelo exercício do oficiante voluntário, o referido “médico responsável”, como consta do Projeto de Lei N.º 195? O médico “responsável” será certamente alguém predisposto a atuar para esse fim, a consumação da morte pedida, para ser antecipada como eutanásia ou suicídio assistido, mesmo que tenha de abster-se de seguir o código deontológico da medicina. E por força de lei, quem não aceitar a incumbência terá de fazer objeção de consciência por escrito. (Art.º 19)

De facto, a “antecipação do fim de vida” poderia configurar-se apenas como um ato jurídico *sui generis*, servido por uma espécie de perícia médico-legal. O procedimento destina-se a verificar se o candidato preenche quesitos para poder ser executado ou ajudado a matar-se. É, na sua essência, um procedimento para habilitação civil sobre a capacidade de decidir e beneficiar da concretização de um direito que lhe seria facultado por lei: o direito à morte súbita intencional, praticada ou ajudada



## ORDEM DOS MÉDICOS

por outro. Não está explícito no Projeto de Lei N.º 195, que pretende situar-se na nossa legislação de forma atípica, beneficiando do aval da medicina, por imposição. Não sendo "atos médicos", estas práticas não podem procurar a sua legitimidade num enquadramento na medicina.

**Para concluir**, nas questões suscitadas pelo final de vida, o princípio da autonomia levado ao extremo, pode conflitar com outros princípios éticos da Medicina, inviolabilidade da vida humana, beneficência, não maleficência e justiça.

Por um lado, há que ter em conta, entre outros, o direito à vida e à sua proteção, o direito à autonomia e à liberdade de escolha, o direito à preservação da dignidade da pessoa humana e o respeito pela sua memória. Por outro, e muito está por concretizar no nosso país, há que promover a dignidade da vida até ao final, desenvolvendo cuidados para suavizar a morte, tratando sempre que possível, cuidando, aliviando, confortando sempre, com decisões médicas e cuidados adequados e proporcionados, com bom senso, sem manobras ou tratamentos fúteis ou inúteis, no respeito pela pessoa do doente que se baseia no reconhecimento do direito a ser informado, direito ao consentimento e recusa de tratamentos.

Como tal, o CNEDM considera que, com base nos argumentos expostos e nas invocações feitas, a Eutanásia e o Suicídio assistido, sob a designação de "morte medicamente assistida", **NÃO** poderão ter lugar na prática médica segundo a *legis artis* e a ética e deontologia médicas.

O Presidente do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas

Dr. Manuel Mendes Silva

