

PARECER

Petição n.º 103/XIII/1.ª

Peticionário: João Carlos
Leitão Ribeiro Santos e
Movimento Cívico "*Direito a
Morrer com Dignidade*"

AUTORA DO PARECER:

Ângela Guerra

N.º de assinaturas: 8427

I – Nota Prévia

A presente Petição, à qual foi atribuído o n.º 103/XIII/1.ª, deu entrada na Assembleia da República em 26 de abril de 2016, tendo baixado nessa data à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (CACDLG), para apreciação *“em conexão com a Comissão de Saúde”*.

A Petição n.º 103/XIII/1.ª, através da qual 8427 peticionários *“Solicitam a despenalização da morte assistida”*, tem como primeiro peticionário o Sr. João Carlos Leitão Ribeiro Santos e foi apresentada por iniciativa do Movimento Cívico *“Direito a Morrer com Dignidade”*.

O objeto da Petição n.º 103/XIII/1.ª está devidamente especificado, os seus subscritores encontram-se corretamente identificados e estão presentes os demais requisitos formais e de tramitação constantes dos artigos 9.º e 17.º da Lei n.º 43/90, de 10 de agosto (na redação da Lei n.º 6/93, de 1 de março, da Lei n.º 15/2003, de 4 de junho e da Lei n.º 45/2007, de 24 de agosto) – Lei de Exercício do Direito de Petição, pelo que foi liminarmente admitida.

Atento o facto de dispor de mais de 4 mil peticionários, a Petição n.º 103/XIII/1.ª carece, de acordo com o disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º da Lei n.º 43/90, de 10 de agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs. 6/93, de 1 de março, 15/2003, de 4 de junho, e 45/2007, de 24 de agosto, de ser apreciada em Plenário da Assembleia da República.

Efetuada a análise às bases de dados, verificou-se não existirem petições pendentes ou concluídas sobre matéria idêntica ou conexa, o mesmo sucedendo em relação a iniciativas legislativas.

II – Objeto e análise da Petição

Os peticionários *“Solicitam a despenalização da morte assistida (...) exortando os deputados e os grupos parlamentares a discutir e a promover as iniciativas legislativas necessárias à despenalização da Morte Assistida.”*

Em termos conceptuais, os peticionários consideram que a *“morte assistida”* consiste *“no acto de, em resposta a um pedido do próprio – informado, consciente e reiterado – antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento e sem esperança de cura.”*

Já em termos procedimentais, os subscritores da Petição em presença parecem advogar a admissibilidade de duas modalidades de *“morte assistida”*, a saber: *“ser o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal (suicídio medicamente assistido) ou ser este administrado por outrem (eutanásia)?”*, salvaguardando que, em seu entender, aquela deve ser *“sempre efectuada por médico ou sob a sua orientação e supervisão.”*

Para sustentar a sua pretensão, os peticionários defendem, designadamente que a *“morte assistida”*:

- *É “uma expressão concreta dos direitos individuais à autonomia, à liberdade religiosa e à liberdade de convicção e consciência, direitos inscritos na Constituição”;*
- *“É um direito do doente que sofre e a quem não resta outra alternativa, por ele tida como aceitável ou digna, para pôr termo ao seu sofrimento”;*
- *“Não entra em conflito nem exclui o acesso aos cuidados paliativos e a sua despenalização não significa menor investimento nesse tipo de cuidados.”*

Comissão de Saúde

Porém, é uma evidência indesmentível que os cuidados paliativos não eliminam por completo o sofrimento em todos os doentes nem impedem por inteiro a degradação física e psicológica”;

- *“O direito à vida faz parte do património ético da Humanidade e, como tal, está consagrado nas leis da República Portuguesa. O direito a morrer em paz e de acordo com os critérios de dignidade que cada um construiu ao longo da sua vida, também tem de o ser”.*

O objetivo será, então, no entender dos peticionários, o de pretender *“acabar com o sofrimento inútil e sem sentido, imposto em nome de convicções alheias”*, razão pela qual consideram *“urgente despenalizar e regulamentar a Morte Assistida.”*

Não obstante as considerações reproduzidas *supra*, os peticionários reconhecem que, *“Em Portugal, os direitos individuais no domínio da autodeterminação da pessoa doente têm vindo a ser progressivamente reconhecidos e salvaguardados: o consentimento informado, o direito de aceitação ou recusa de tratamento, a condenação da obstinação terapêutica e as Directivas Antecipadas de Vontade (Testamento Vital).”*

Naturalmente, o presente Parecer, sendo emitido no âmbito da Comissão de Saúde, não tem nem poderia ter o propósito de apreciar aspetos que respeitem às competências da CACDLG, sem prejuízo das questões suscitadas na Petição em presença dificilmente deixarem de envolver e mesmo exigir uma análise das políticas públicas, bem como do pensamento e das práticas na área da saúde, que apresentem incidência sobre aquelas mesmas questões.

É fundamentalmente nesse contexto que o presente Parecer deve ser considerado.

Nesta conformidade, desde logo importa não ignorar, para aquele efeito, o *“Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida”* (11/CNECV/95), do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), já que o mesmo oferece uma relevante base para uma reflexão séria e fundamentada sobre a complexa temática do ‘final de vida’.

Nesse Parecer, de que foi relator o Prof. Doutor Daniel Serrão, o CNECV tece, entre outras, as seguintes considerações:

Quando não há esperança razoável de cura e as melhorias presumidas dependem de pesados sacrifícios físicos, impostos à pessoa doente pelos tratamentos a efectuar, são as regras da medicina de acompanhamento que devem prevalecer.

O objectivo primordial desta forma de cuidado médico é o de conseguir para a pessoa doente, em fase de incurabilidade, o maior conforto e bem estar, tanto físico como psíquico e afectivo.

(...)

As decisões médicas tomadas no âmbito da medicina de acompanhamento têm um suporte científico, mas têm, principalmente, uma muito significativa estrutura ética. Não é apenas o técnico que decide sobre o que fazer com um corpo cuja vida biológica está a extinguir-se; é o médico, enquanto pessoa humana, com uma longa tradição de respeito pelo doente, codificada desde Hipócrates, o médico como membro de uma certa sociedade e, ainda, como portador de uma determinada cultura, historicamente construída, quem enfrenta a situação de acompanhar o seu semelhante num tempo, mais ou menos breve, que o levará à morte.

A prestação de cuidados de saúde no período final da vida reveste-se, em consequência, de um exemplar carácter ético.

O Parecer referido procede, em seguida a uma análise tipológica sobre algumas das possíveis situações de ‘fim de vida’, a qual merece ser ponderada no contexto da Petição em presença, razão pela qual se anexa o mesmo ao presente Parecer.

Não deixa, em todo o caso, de se entender dever transcrever duas das situações apreciadas no referido Parecer do CNECV, a saber, a de *“ajuda ao suicídio”*, bem como a da *“eutanasia voluntária activa”*, atenta a relação de proximidade direta que as

Comissão de Saúde

mesmas indiscutivelmente apresentam relativamente ao objeto da Petição n.º 103/XIII:

3. Doente que se considera terminal ou incurável, ou humilhado pela sua doença ou que perdeu a vontade de viver, que pede ao seu médico ou a outro membro da equipa de saúde ou a outra pessoa, familiar ou não, que lhe forneça uma substância que ele possa aplicar a si próprio e seja seguramente mortal:

A decisão, neste caso, seria a de ajuda ao suicídio. *¹

eticamente não temos que avaliar agora a decisão da pessoa que pede para ser morta, pois ela radica no seu foro íntimo e pessoal.

A decisão de aceder ao pedido da pessoa, fornecendo-lhe os meios para ela se matar, não tem jurisdição ética. Quem recebe o pedido, não deve, pois, aceitar que a pessoa deva matar-se, nem contribuir para que ela satisfaça uma vontade a que o solicitado é alheio e que tem, como consequência, a destruição de uma vida humana.

4. Doente que não deseja viver, porque considera intolerável, para si, a qualidade de vida de que pode dispor, está psiquicamente competente para exercer a sua autonomia pessoal e pede, insistentemente, ao médico (ou a outra pessoa) que o mate com meios farmacológicos, ou outros:

Se o médico (ou outra pessoa) aceder a este pedido e matar o doente por causa do pedido pratica eutanásia voluntária activa.

Tal como no caso anterior, não devemos formar juízos éticos sobre a decisão da pessoa que exerce, com liberdade, a sua autonomia pessoal, ao formular o pedido.

Já merece cuidadosa reflexão ética a forma como se constitui, na consciência profissional e moral do médico, a vontade de aceder ou não ao pedido insistente do doente *²

Para muitos médicos, em Portugal, o facto de ser um homicídio, punido pela lei penal, e de o Código Deontológico vedar aos médicos, expressamente, a prática de eutanásia (sem qualificativos) é razão suficiente para não considerar atendível o pedido do doente.

Outros, porém, nas situações em que o estar vivo é, para a pessoa, causa de profundo sofrimento, que eles, médicos, não podem (ou não sabem) tornar tolerável para essa pessoa, questionam-se se, nestas situações limite, aceder à vontade do doente não

deve ser considerado o melhor procedimento e, portanto, eticamente justificado pelo princípio da beneficência.

Com todo o respeito pelos casos particulares, que merecem ser analisados com sensibilidade e lucidez para lhes descobrir as motivações profundas e a natureza pontual e evitável, deve a reflexão ética exercer-se, contudo, sobre o enquadramento geral da situação. Caso contrário, estaríamos a usar uma "ética pragmaticista ou meramente casuística", formalmente rejeitada na fundamentação atrás transcrita.

E o enquadramento geral é o de existir manipulação da vontade do médico (ou outra pessoa) por parte do doente que pede, quase exige, ser morto, por uma acção positiva praticada pelo próprio médico (ou por outra pessoa). Tenha-se presente que, a nível legal, é na circunstância de se tratar de uma vontade dominada por impulso relacionado com o estado do "doente" que reside a principal característica do crime.

O juízo ético sobre esta decisão (médica), resultante de manipulação, deve ser de desaprovação.

No que se refere às conclusões, o referido Parecer 11/CNECV/95 reconhece que, se *“é ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes, mais ainda quando causam incómodo e sofrimento ao doente, pelo que essa interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia”*, não deixa de sustentar *«que não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente (mesmo que não declarado ou assumido como tal) por qualquer pessoa, designadamente por decisão médica, ainda que “a pedido” e/ou de “compaixão”»*.

Trata-se, pois, de um entendimento do CNECV que não é concordante com o propósito manifestado pelos subscritores da Petição n.º 103/XIII/1.^a.

Relativamente a esta Petição, o Grupo de Trabalho criado para a apreciar, no âmbito da CACDLG, em boa hora endendeu dever efetuar um importante conjunto de audições de entidades cuja natureza se relaciona com a complexa matéria nela suscitada, sendo certo que algumas dessas entidades têm direta incidência no setor da saúde, como são os casos:

- Do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida;
- Da Ordem dos Médicos;
- Da Ordem dos Enfermeiros.

Não cabendo nesta sede transcrever as referidas audições, pode, em todo o caso, inferir-se das mesmas que os senhores Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e Bastonário da Ordem dos Médicos expressaram fundadas reservas em relação a uma eventual despenalização da eutanásia, não tendo a Senhora Bastonária da Ordem dos Enfermeiros emitido um juízo formal e institucional comparável a esse respeito.

Comissão de Saúde

Facto é, contudo, que as referidas entidades se pronunciaram, de um modo geral, contra o denominado *encarniçamento terapêutico*, considerando-o uma prática eticamente não aceitável e mesmo condenável.

Foi também considerado que o assunto objeto da Petição n.º 103/XIII merece e deve ser discutido na sociedade, até de modo a se contribuir para o esclarecimento dos profissionais de saúde e da população em geral, que desconhecem em grande medida a matéria em presença e, ainda mais, os complexos e melindrosos problemas que a mesma suscita.

Assim, por exemplo, as entidades ouvidas consideraram, desde logo, que o termo "*morte assistida*" não corresponderá com exatidão ao objeto da Petição, na medida em que aquele se verificará já no sistema de saúde – a morte é ou deverá desejavelmente sempre ser assistida –, enquanto que a Petição se dirigirá antes, mais propriamente, a uma antecipação do "*fim de vida*".

Nesta conformidade, afigura-se de elevado interesse que se proceda à transcrição integral das declarações, designadamente dos Senhores Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Bastonário da Ordem dos Médicos e Bastonária da Ordem dos Enfermeiros em sede de audição pelo Grupo de Trabalho criado para a apreciar, no âmbito da CACDLG, a Petição n.º 103/XII/1.^a.

No que se refere ao sistema de saúde, importa ter presente a recente aprovação da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

Comissão de Saúde

Esse diploma, comumente denominado de *“lei do testamento vital”*, veio prever a possibilidade de qualquer cidadão maior de idade, que não se encontre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica e que se encontre capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido (cfr. art.º 4.º), subscrever um *“documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio”*, no qual *“manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”* (cfr. art.º 2.º).

A referida lei prevê, no n.º 2 desde último preceito, que do documento de diretivas antecipadas de vontade possam constar as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente a:

- Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;
- Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;
- Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;
- Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;
- Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

Trata-se, assim, de um diploma estruturante em termos de direitos do indivíduo e que já prevê, como se referiu *supra*, os de não ser submetido a tratamento de suporte

Comissão de Saúde

artificial das funções vitais e de não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais.

Não obstante a importância da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, estima-se que nestes dois anos, desde que se encontra disponibilizado o documento de diretivas antecipadas de vontade, menos de três mil cidadãos o tenham subscrito, o que “*É um número fraquíssimo*”, como ainda recentemente o declarou o Prof. Constantino Sakellarides, consultor do atual Ministro da Saúde.

Neste quadro, importa que o Governo promova efetivamente um alargado esclarecimento público junto dos cidadãos e, em especial, dos profissionais de saúde – principalmente médicos e enfermeiros – com vista a permitir que as pessoas saibam que cuidados de saúde querem ou não ter, sobretudo quando se encontrem em situação de risco de vida ou de final de vida.

Outro importante diploma que reveste importância para a temática em apreciação é a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*, que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

Neste sentido, a alínea a) da Base II da referida Lei entende por “*«Cuidados paliativos» os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social*”

Comissão de Saúde

e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”.

De entre os princípios proclamados pela Base II da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos é de realçar o da *“Afirmção da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica”.*

Já quanto aos objetivos específicos, a Base IX da referida Lei preconiza, designadamente *“A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos”*, bem como *“O acesso atempado e equitativo dos doentes e suas famílias aos cuidados paliativos em todo o território nacional”.*

De referir, a este propósito, que a Entidade Reguladora elaborou, em Dezembro de 2015, um Estudo que tem por objeto analisar o acesso, a qualidade e a concorrência nos cuidados continuados e paliativos. O documento em questão refere que, em agosto de 2015, foram identificadas 319 unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos, das quais apenas 21 respeitam a estes últimos.

Assim, se é verdade que, sendo os cuidados paliativos relativamente recentes no nosso País, não o será menos que os mesmos têm ainda uma escassa implantação territorial, não se podendo neste momento ainda considerar verdadeiramente que exista já uma ‘rede’ efetiva nesse domínio, quando é certo que, atualmente, as camas da RNCP não atingem ainda as quatro centenas no território de Portugal continental, o que traduz um *baixo acesso*, que importa decididamente contrariar.

Aliás, estima-se, como recentemente expressou o Bastonário da Ordem dos Médicos, que *“Neste momento nem 10% dos doentes que deles potencialmente beneficiariam*

Comissão de Saúde

terão acesso a Cuidados Paliativos, que devem ser de recurso precoce na evolução da doença”.

Neste sentido, o referido responsável considerou que *“Há um longo caminho a percorrer antes que alguém possa falar honestamente em direito de opção pela eutanásia”.*

Ao que acaba de se referir acresce, ainda, que se calcula que apenas cerca de 35% dos hospitais do Serviço Nacional de saúde disponham de equipas de cuidados paliativos em funcionamento, situação ainda mais grave nos Agrupamentos de Centros de Saúde, onde a cobertura das equipas comunitárias não chegará a 20%.

Em termos de sistema de saúde, justifica-se, pois, uma forte aposta na construção e desenvolvimento de uma rede de cuidados paliativos, que responda às necessidades dos seus potenciais destinatários.

O já referido *baixo acesso* da população a esses cuidados não pode nem deve contribuir para condicionar as opções – quaisquer que estas sejam – de cada cidadão em relação ao seu ‘final de vida’. Seria uma perversidade que assim fosse.

Dito isto, e ainda em relação aos cuidados paliativos, importa, agora, aguardar pelo desenvolvimento do trabalho da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), que foi recentemente constituída através do Despacho n.º 7824/2016, de 15 de junho, e que deverá *“dinamizar a articulação com os vários níveis de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente com os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, bem como a cooperação com organizações da sociedade civil na área dos cuidados paliativos”*, conforme se dispõe no n.º 2 do referido despacho.

Comissão de Saúde

Cumpra manifestar a expectativa de que a CNCP possa inovar na abordagem da prestação desses cuidados, esperando-se que seja prosseguido e mesmo reforçada a abertura de novas camas de cuidados paliativos, mas que, igualmente, se privilegie, na medida do possível e sempre que adequado, a prestação de cuidados paliativos domiciliários, efeito para o qual importa apostar no reforço das equipas de cuidados paliativos domiciliários.

Esta abordagem inovadora e apropriada foi, aliás, referida pela Dr.^a Edna Maria Fonseca Gonçalves, presidente da CNCP, quando esta responsável asseverou que, *“Mais do que aumentar o número de camas de cuidados paliativos, queremos levar os cuidados paliativos a todas as camas.”*

Questão diversa é a que respeita a experiências legislativas existentes em alguns países estrangeiros em torno da temática do final de vida, designadamente a Bélgica, a Holanda e a França, e que, antes de qualquer abordagem legislativa no nosso País, mereceriam uma cuidada e profunda análise que permitisse uma apreciação crítica, conhecedora e esclarecida, sobre a casuística, bem como sobre as tendências verificadas, nomeadamente nesses países.

Um estudo de direito comparado poderia contribuir para a reflexão nacional sobre os importantes aspetos e realidades relacionados com o ‘final de vida’ e as soluções e opções que nesse âmbito se colocam, o que certamente contribuiria, não apenas para o tão preconizado quanto necessário aumento da literacia em saúde, como para um maior esclarecimento dos decisores políticos, dos profissionais de saúde e da sociedade portuguesa, assim se fomentando também um debate sereno e não demagógico, em torno de um tema tão relevante como é o caso da ‘morte assistida’ e da eutanásia.

III – Conclusões e Parecer

Face a tudo o que ficou exposto, a Comissão de Saúde, emite o seguinte parecer:

1. O objeto da Petição n.º 103/XIII/1.ª é claro e está bem especificado, encontrando-se identificados os subscritores;
2. Estão preenchidos os demais requisitos formais estabelecidos no artigo 9.º da Lei n.º 43/90, de 10 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 6/93, de 1 de março, pela Lei n.º 15/2003, de 4 de junho, e pela Lei n.º 45/2007 de 24 de agosto – Lei de Exercício do Direito de Petição (LDP);
3. A Petição n.º 103/XIII/1.ª é assinada por um total de 8427 peticionários, pelo que cumpre os requisitos para apreciação no Plenário da Assembleia da República, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º da LDP;
4. O presente Parecer deve ser remetido à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

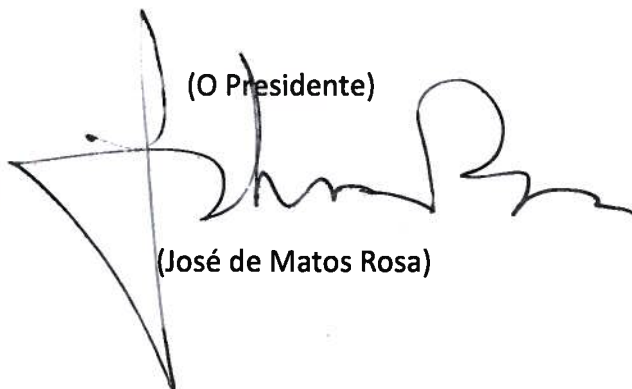
Palácio de S. Bento, 12 de julho de 2016

A Deputada Autora do Parecer



(Ângela Guerra)

(O Presidente)



(José de Matos Rosa)