



POSIÇÃO SOBRE A PROJECTADA DESPENALIZAÇÃO E LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA E DA AJUDA AO SUICÍDIO

Com o presente texto pretende-se transmitir o essencial da posição perfilhada pela Associação “Juntos pela Vida” sobre a despenalização e legalização da eutanásia e da ajuda ao suicídio objecto dos Projectos de Lei n.ºs 4/XIV/1.ª (BE); 67/XIV/1.ª (PAN); 104/XIV/1.ª (PS); 168/XIV/1.ª (PEV) e 195/XIV/1.ª (IL), aprovados na generalidade em Plenário no passado dia 20 de Fevereiro, tendo o mesmo sido entregue ao Grupo de Trabalho – Despenalização da Morte Medicamente Assistida, da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, na audição conjunta realizada neste dia 9 de Julho de 2020 no âmbito da apreciação na especialidade dos referidos projectos de lei.

I – A POSIÇÃO DE PRINCÍPIO (e até ao fim) – a defesa intransigente da Vida

Não podemos deixar de começar por declarar a nossa mais firme, convicta e fundada oposição à pretendida despenalização e legalização da eutanásia e da ajuda ao suicídio em Portugal, sejam quais forem os seus termos. Essa oposição assenta na defesa intransigente da Vida humana, da vida de todas as pessoas, em particular daquelas que se encontram numa situação de maior fragilidade, vulnerabilidade, doença e sofrimento, como é o caso, em particular, dos doentes, dos idosos, dos que foram abandonados pelas suas famílias e pela sociedade e que agora alguns pretendem que sejam também definitivamente abandonados e descartados pelo Estado.

Defendemos que todas as vidas têm dignidade, qualquer que seja a fase em que se encontrem, e que a sociedade e o Estado devem sempre assistir e cuidar, em todas e quaisquer circunstâncias, e não matar. Os meios e recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros do Estado e da sociedade devem ser disponibilizados e canalizados para a prestação de cuidados de saúde e assistenciais a quem deles necessita e não para antecipar a morte não natural das pessoas. Como muitos já o disseram, matar uma pessoa ou ajudá-la a suicidar-se não acaba com o sofrimento, acaba com a vida. E acabando com a vida acaba com a dignidade, a liberdade e a autonomia da pessoa.

São múltiplas, e de diversa natureza, as razões que sustentam esta posição de princípio - e até ao fim -, contra a despenalização e legalização da provocação da morte a pedido. Cumpre referir nesta sede algumas dessas razões.

Quanto às razões éticas, médicas e deontológicas, foram as mesmas claramente expressas nos vários pareceres desfavoráveis que foram emitidos, tanto no presente processo legislativo, como no que o antecedeu em 2018, quer pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), quer pela Ordem dos Médicos. Como se concluiu lapidarmente nestes últimos, a eutanásia e o suicídio assistido, que não são, nem como tal podem ser considerados, “actos médicos”, não poderão ter lugar na prática médica segundo a *legis artis* e a ética e a deontologia médicas.

Quanto às razões jurídicas, importa começar por mencionar que todos os referidos projectos de lei propõem que deixe de ser punível, em certos casos, a provocação da morte a pedido, eufemisticamente designada por “antecipação da morte por decisão da própria pessoa” ou “morte medicamente assistida”. Com esse propósito, os projectos de lei em causa prevêm alterações ao Código Penal destinadas a despenalizar os crimes de Homicídio a Pedido da Vítima e de Ajuda ao Suicídio nos casos e condições previstos na lei, precisamente a lei que pretendem ver aprovada.

Como se sabe, o Código Penal Português inclui entre os crimes contra as pessoas e contra a vida quer o Homicídio a pedido da vítima (art.º 134º), nos termos do qual “*Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos*”; quer o Incitamento ou ajuda ao suicídio (art.º 135º) por força do qual “*Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 3 anos, se o suicídio vier efectivamente a ser tentado ou a consumir-se.*”

A alteração do Código Penal constitui, assim, um pressuposto ou requisito necessário para que possa vir a ser aprovada uma lei que legalize a prática da eutanásia e da ajuda ao suicídio, o mesmo quer dizer, para que possam ser legalizados e institucionalizados certos casos de morte a pedido da vítima, seja a morte executada por outra pessoa (um profissional de saúde), seja executada pela própria pessoa mas com ajuda de outra.

E refira-se: ao mesmo tempo que se pretende retirar a protecção da lei penal a certas vidas humanas, querem alguns deputados que seja reforçada a protecção penal à vida de animais ...! Como se sabe, encontram-se em apreciação vários projectos de lei (apresentados por deputados do PSD, do PAN e do BE) que pretendem a revisão do regime sancionatório e o agravamento das penas aplicáveis aos crimes contra animais, elevando as mesmas até três anos! Mas adiante.

Sucede, porém, que a **despenalização e a legalização da eutanásia e da ajuda ao suicídio mostram-se claramente contrárias à ordem jurídica nacional (e internacional), mormente à Constituição da República Portuguesa**. Ora, nos termos previstos no art.º 120º, nº 1, al. a) do Regimento da Assembleia da República, não são (nem deviam ser) admitidos projectos de lei que infrinjam a Constituição ou os princípios nela consignados.

Com efeito, segundo a Constituição da República Portuguesa, Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária (cfr. art.º 1º); é um Estado de direito democrático baseado no respeito e na garantia de efectivação dos direitos e liberdades fundamentais (cfr. art.º 2º); é um Estado que tem por tarefas fundamentais, entre outras, garantir os direitos e liberdades fundamentais e o respeito pelos princípios do Estado de direito democrático e promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais (cfr. art.º 9º, als. b) e d)); é um Estado em que todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição (cfr. art.º 12º, nº 1); é um Estado em que todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei (cfr. art.º 13º, nº 1); é um Estado em que os preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias são directamente aplicáveis e vinculam as entidades públicas e privadas e onde a lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos (cfr. art.º 18º, nºs 1 e 2).

Ora, para a Constituição Portuguesa, em linha aliás com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, o primeiro dos Direitos Fundamentais é o Direito à Vida: a vida humana é inviolável e em caso algum haverá pena de morte (cfr. art.º 24º), sendo o segundo desses direitos o Direito à Integridade Pessoal: a integridade moral e física das pessoas é, também ela, inviolável, não podendo ninguém ser submetido a tortura, nem a tratamentos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos (cfr. art.º 25º).

A Constituição Portuguesa não é (nem deve ser) “uma ordem axiologicamente neutra”, mas sim “uma ordem objectiva de valores”, um “sistema de valores”, representando precisamente os direitos fundamentais a expressão máxima desse sistema de valores.

Aqueles direitos, que constituem princípios basilares do Estado de Direito e de onde decorrem todos os outros direitos fundamentais, encontram especial protecção no Código Penal, que protege com toda a força da lei a vida e a integridade humanas.

Despenalizar certos casos de homicídio a pedido da vítima e de ajuda ao suicídio significaria, desde logo, e independentemente da sua formulação concreta, retirar à vida e integridade humanas a protecção que o ordenamento jurídico lhes concede (e que deve continuar a conceder), em clara violação da Constituição Portuguesa.

Sob a capa de uma suposta defesa da liberdade e autonomia pessoais - que inclusive nunca o é, por que nos referidos projectos de lei prevê-se que a morte pedida tenha de ser autorizada e decidida por médicos e por uma comissão -, pretende-se que, com a intervenção directa e/ou com o apoio e beneplácito do Estado, seja legalizada, institucionalizada, tomada e executada uma decisão sobre a vida ou morte de uma pessoa e sejam disponibilizados os meios, públicos e/ou privados, para o efeito.

Ora, cabe ao Estado, enquanto guardião dos Direitos Humanos Fundamentais, garantir e defender a Vida e a Integridade Humanas, em quaisquer circunstâncias, em particular nas situações de fragilidade, doença e sofrimento humanos.

Acresce que, no âmbito dos direitos e deveres sociais, diz-nos a Constituição que em Portugal todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover (cfr. art.º 64º, nº 1); que o direito à protecção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, e pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho (cfr. art.º 64º, nº 2); e que para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação e garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde (cfr. art.º 64º, nº 3, als. a) e b)).

Recorde-se que, em conformidade com o disposto na Constituição, o legislador ordinário impôs ao Estado a responsabilidade de promover e garantir, para além dos cuidados primários, redes nacionais de cuidados continuados e de cuidados paliativos.

Com efeito, através do Decreto-Lei nº 101/2006, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 136/2015, de 28 de Julho, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);

R

e, através da Lei nº 52/2012, de 5 de Setembro – a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos -, foi consagrado o direito e regulado o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, definida a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Recorde-se também que, através da Lei nº 31/2018, de 18 de Julho, foram regulados os Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida e que recentemente foi aprovada a nova Lei de Bases da Saúde, a Lei nº 95/2019, de 4 de Setembro.

Cumpra, por isso, relembrar, citando, algumas das disposições das mencionadas leis, disposições essas que serão claramente postas em causa com a legalização da prática da eutanásia e da ajuda ao suicídio:

Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 (na redacção em vigor), que criou a RNCCI: “*Constitui o objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência*” (artº. 4º, nº 1); constituindo objectivos específicos da Rede os que descritos no nº 2 do citado artº. 4º e assentando a Rede na garantia do direito da pessoa em situação de dependência à dignidade, à preservação da identidade, à não discriminação e à integridade física e moral, entre outros (artº. 7º).

Por sua vez, de acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos: “*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.*” (Base III).

Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, “*Os cuidados paliativos regem-se pelos seguintes princípios: “a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica; b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família; c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados; d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos; e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes; g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas; h) Continuidade de cuidados ao longo da doença.*” (Base IV).

De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, “*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; b) Escolher o local de prestação de cuidados paliativos e os profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde; c) Fazer -se acompanhar, nos termos da lei; d) Ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade; e) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos; f) Ver garantidas a sua privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais; g) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento. 2 — Nenhum cidadão pode ser prejudicado ou discriminado em função da sua situação económica, área de residência ou patologia, nos termos gerais da Lei de Bases da Saúde. (...)”* (Base V).

Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos: *“As famílias ou representantes legais dos doentes têm direito a: a) Receber apoio adequado à sua situação e necessidades, incluindo a facilitação do processo do luto; b) Participar na escolha do local da prestação de cuidados paliativos e dos profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde; c) Receber informação sobre o estado clínico do doente, se for essa a vontade do mesmo; d) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que serão prestados ao doente e à família, nos termos da presente lei; e) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.”* (Base VI).

Ainda segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos: *“1 - Os cuidados paliativos são prestados por serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), podendo, quando a resposta pública se revelar insuficiente, ser também assegurados por entidades do setor social ou privado, certificados nos termos da lei. 2 - Cabe ao Ministério da Saúde, no âmbito dos cuidados paliativos: a) Aprovar a política nacional de cuidados paliativos e os planos previstos na presente lei; b) Promover, acompanhar, fiscalizar, avaliar e responder pela execução da política nacional de cuidados paliativos; c) Assegurar a prestação de cuidados paliativos através uma rede pública em regime de internamento e ambulatório, no âmbito do SNS, reforçando progressivamente o investimento em equipamentos e demais recursos materiais e humanos; d) Garantir a qualidade da prestação de cuidados paliativos; e) Contratualizar, no âmbito da RNCP, quando necessário e visando a máxima eficiência, a prestação de cuidados paliativos com entidades do setor social ou privado, assegurando a sua fiscalização e garantindo a efetiva cobertura em todo território nacional”* (Base VIII, nºs 1 e 2).

Ainda de acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos: *“1 — Constitui objetivo global da RNCP a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva”* (Base IX, nº 1), constituindo objectivos específicos da RNCP os que descritos no nº 2 da Base IX.

Por sua vez, de acordo com a Lei nº 31/2018, de 18 de Julho, que veio estabelecer um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, e dos respectivos familiares, *“considera-se que uma pessoa se encontra em contexto de doença avançada e em fim de vida quando padeça de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses.”* (artº. 2º).

Segundo a citada lei, para além de outros direitos em matéria de informação, de tratamento, de consentimento informado e não clínicos, as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito: *“a ser tratadas de acordo com os objetivos de cuidados definidos no seu plano de tratamento, previamente discutido e acordado, e a não ser alvo de distanásia, através de obstinação terapêutica e diagnóstica, designadamente, pela aplicação de medidas que prolonguem ou agravem de modo desproporcionado o seu sofrimento, em conformidade com o previsto nos códigos deontológicos da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros e nos termos de normas de orientação clínica aprovadas para o efeito.”* (artº. 4º); e *“têm direito a receber cuidados paliativos através do Serviço Nacional de Saúde, com o âmbito e forma previstos na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos”* (artº. 6º, nº 1).

Por último, de acordo com a (nova) Lei de Bases da Saúde: *“1 - O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e*

ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer. 2 - O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos. 3 - A sociedade tem o dever de contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de actividade. 4 - O Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (Base 1).

Nos termos previstos na Lei de Bases da Saúde, todas as pessoas têm direito, entre outros, “À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade”; e “A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (Base 2, nº 1, als. a) e b)); constituindo fundamentos da política de saúde, entre outros: “A promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas”; “A melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais”; “As pessoas, como elemento central na conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde” e “A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade” (Base 4, nº 2, als. a) a d)).

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, “A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada”, sendo que “O Estado pode cometer a associações públicas profissionais o controlo do acesso e exercício da profissão, a possibilidade de propor normas técnicas, princípios e regras deontológicas específicos e um regime disciplinar autónomo” (Base 6, nºs 1 e 2).

E quanto aos profissionais de saúde, estabelece a Lei de Bases da Saúde que: “São profissionais de saúde os trabalhadores envolvidos em ações cujo objetivo principal é a melhoria do estado de saúde de indivíduos ou das populações, incluindo os prestadores diretos de cuidados e os prestadores de atividades de suporte”; “Os profissionais de saúde, pela relevante função social que desempenham ao serviço das pessoas e da comunidade, estão sujeitos a deveres éticos e deontológicos acrescidos, nomeadamente a guardar sigilo profissional sobre a informação de que tomem conhecimento no exercício da sua actividade”; e “Os profissionais de saúde têm o direito e o dever de, inseridos em carreiras profissionais, exercer a sua atividade de acordo com a *legis artis* e com as regras deontológicas, devendo respeitar os direitos da pessoa a quem prestam cuidados, mas podendo exercer a objeção de consciência, nos termos da lei” (Base 28, nºs 1, 2 e 4).

Deste modo, legalizar a prática da eutanásia e da ajuda ao suicídio, independentemente da sua formulação concreta, entraria em flagrante contradição e colisão com as normas legais citadas (entre muitas outras).

E quanto a essa colisão, importa ter presente que a **Lei de Bases da Saúde é uma lei de valor reforçado, i.e., é uma lei que é pressuposto normativo necessário de outras leis e que por outras deve ser respeitada, conforme dispõe o artº. 112º, nºs 2 e 3 da Constituição Portuguesa.** Nesta medida, uma lei que desrespeite a Lei de Bases da Saúde será, para além de inconstitucional, também ilegal.

Acresce que, para além de todas as inconstitucionalidades e ilegalidades que a despenalização e legalização da eutanásia e da ajuda ao suicídio envolvem, **a reconhecida escassez e insuficiência da prestação de cuidados continuados e de cuidados paliativos a nível nacional e a situação altamente deficitária e carenciada em que se encontra o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a sua manifesta falta de capacidade para prestar, atempada e adequadamente, os necessários cuidados de saúde aos cidadãos que deles necessitam – situação essa fortemente agravada pelos efeitos da pandemia, cujas consequências ainda estão longe de serem devidamente identificadas e quantificadas -, tornam ainda mais incompreensível e inaceitável que estabelecimentos públicos do SNS possam vir a promover e a executar uma lei desta natureza, disponibilizando e afectando os seus meios humanos, materiais e financeiros para o efeito.**

Para além de uma lei desta natureza contrariar de modo manifesto tanto o Plano Nacional de Saúde, como, por exemplo, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, e as respectivas políticas públicas, não foi feita qualquer avaliação dos impactos na saúde pública e no SNS da eventual implementação de uma lei deste tipo.

Como concluiu o CNECV, nos pareceres desfavoráveis emitidos, desconhecem-se os encargos organizacionais e financeiros que uma lei desta natureza *“acarretará ao Serviço Nacional de Saúde ao acrescentar a prestação de novos serviços e ao adicionar novas exigências em recursos físicos e humanos que poderão obrigar a reduzir ou anular, no balanço das necessidades a satisfazer, alguns cuidados de saúde e empobrecer a oferta de apoio clínico, psicológico e social em contexto de fim de vida.”*

Mas a afectação de meios públicos à antecipação da morte não deixaria, além do mais, de acarretar uma discriminação totalmente injustificada e inaceitável relativamente a todos os cidadãos que, estando doentes e a necessitar da prestação de cuidados de saúde, têm de esperar meses ou anos para ter uma consulta ou uma intervenção cirúrgica ou, inclusive, para ter acesso a certo tipo de medicação.

Por outro lado, coexistindo com o sector público um sector privado da saúde, **vir a permitir que a eutanásia e a ajuda ao suicídio possam ser praticadas em clínicas privadas terá como consequência inevitável a criação e o desenvolvimento de um negócio e comércio privados – um verdadeiro “comércio da morte” -, cujo objecto será a prestação de serviços de morte a pedido dos clientes, sob o patrocínio e/ou o apoio do Estado.**

Em suma, instituir, por via de acto legislativo, a participação do Estado em processos com vista à provocação da morte de uma pessoa faz apelo a ideologias totalitárias, enquanto que autorizar a participação do sector privado nesses processos convoca um liberalismo desumano, tudo contribuindo para transformar a sociedade portuguesa numa sociedade mais desumana, menos digna, mais injusta e menos solidária.

Por fim, não podemos deixar de lamentar a total falta de oportunidade, justificação e pertinência da retoma dos trabalhos parlamentares na especialidade do presente processo

R

legislativo em face da situação pandémica que o País atravessa e das crises sanitária, económica, financeira e social motivadas pela mesma, crises essas que, ao que tudo indica, não só estão longe de estarem terminadas, como se irão agravar nos próximos tempos.

Perante esta realidade, todos os poderes públicos, muito em particular os poderes soberanos do Estado, deveriam estar a tomar medidas e a praticar actos, dentro das suas atribuições e competências, para ajudar a salvar vidas, em particular as vidas mais frágeis e vulneráveis, e não, ao invés, para antecipar e provocar o seu termo.

Mas também outros factos ocorridos recentemente reforçam essa total falta de oportunidade, justificação e pertinência, a saber:

(i) A Declaração pública conjunta de Professores Catedráticos de Direito Público sobre a despenalização e legalização da eutanásia e do suicídio assistido, datada de 15 de Junho de 2020, nos termos da qual foram apontadas várias inconstitucionalidades aos projectos de lei em causa, mais precisamente: a violação, em termos flagrantes, do primeiro dos direitos fundamentais do ser humano – o direito à vida - e a garantia da sua inviolabilidade (artigo 24º); a violação do direito à integridade pessoal e a garantia da sua inviolabilidade (artigo 25º) e, bem assim, da dignidade da pessoa humana, no contexto de uma sociedade solidária e de um Estado de direito baseado no respeito e garantia dos direitos e liberdades fundamentais (artigos 1º, 2º, 9º, 12º, 13º e 18º); e, ainda, a violação do direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover e as inerentes vinculações do Estado a implementar o acesso de todos os cidadãos aos cuidados médicos, bem como o dever genérico de protecção dos mais frágeis (artigo 64º);

(ii) A entrega, no passado dia 18 de Junho, da Iniciativa Popular de Referendo #simavida, subscrita por 95.287 cidadãos eleitores portugueses, na qual é proposto à Assembleia da República a convocação e realização de um Referendo Nacional sobre a questão da (des)Penalização da morte a pedido, e na qual se propõe submeter a referendo a seguinte pergunta: *“Concorda que matar outra pessoa a seu pedido ou ajudá-la a suicidar-se deve continuar a ser punível pela lei penal em quaisquer circunstâncias?”*;

(iii) A posição assumida pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, em carta enviada à Assembleia da República, datada de 17 de Julho, na qual este Conselho informou *“que se recusará a indicar ou nomear médico(s) para qualquer comissão que a legislação preveja e/ou a praticar qualquer tipo de ato do qual resulte uma colaboração e/ou participação, direta ou indireta, da Ordem dos Médicos em procedimentos preparatórios e/ou de execução de atos de ‘antecipação da morte a pedido’ ou da ‘morte medicamente assistida’, na vertente da ‘eutanásia’ e da ajuda ao suicídio”*.

Tanto os factos supra referidos, como a actual situação do País, deveriam ter levado a Assembleia da República, sem hesitação, a cancelar as supra identificadas iniciativas legislativas ou, pelo menos, a adiar *sine die* o recomeço dos respectivos trabalhos parlamentares na especialidade.

Infeliz e incompreensivelmente, não foi isso que aconteceu. Bem pelo contrário, os referidos trabalhos não só foram retomados, como o foram com uma inexplicável e injustificada celeridade procedimental, em manifesto prejuízo do Estado de direito democrático.

R

II – ALGUMAS OBSERVAÇÕES CRÍTICAS NA ESPECIALIDADE

Sem prejuízo da posição de princípio anteriormente exposta, e naturalmente sem conceder relativamente à mesma, uma vez que o presente processo legislativo se encontra na fase de apreciação na especialidade, não queremos, em aditamento, deixar de formular algumas observações críticas sobre aspectos concretos dos projectos de lei em causa.

E não queremos deixar de o fazer na medida em que, ao contrário do que decorre das respectivas exposições de motivos, **os referidos projectos de lei, sem excepção, independentemente dos conceitos e expressões utilizados e dos requisitos e condições neles estabelecidos, enfermam de uma enorme falta de rigor e precisão, em resultado das múltiplas inexactidões, deficiências e lacunas de que padecem, não estabelecendo sequer procedimentos que assegurem um mínimo de exigência, certeza e segurança na aplicação da lei aos casos e nas condições nela própria previstos.**

O procedimento legal de “antecipação da morte” aparece, assim, configurado como um procedimento administrativo meramente burocrático, mas ao qual, ao mesmo tempo, se pretende conferir uma urgência que se mostra totalmente desadequada à gravidade da decisão final a tomar e a executar no mesmo – a morte de uma pessoa -! A circunstância de os proponentes de alguns dos referidos projectos de lei terem tido tempo mais do que suficiente para alterar o texto dos projectos de lei apresentados em 2018, e não o tendo feito, leva-nos a concluir que não o quiseram fazer.

Ora, quanto mais vaga e imprecisa for a letra da lei, maior liberdade e amplidão existirá na sua aplicação. Por essa razão é que, neste momento, aquilo que devia constituir motivo de enorme preocupação para todos não é a possibilidade de a lei a aprovar vir a ser aplicada a casos nela não previstos ou de vir a ser objecto de alterações e ampliações no futuro – o que certamente acontecerá se esta lei vier a ser aprovada e se entrar em vigor -, mas sim **o de essa lei vir a ser aplicada aos casos nela previstos.**

Assim sendo, **qualquer que venha a ser o texto final da lei que se pretende aprovar – e que na presente data se desconhece -, não será o mesmo nem rigoroso, nem exigente ou restritivo, não podendo, por isso, afirmar-se, e muito menos garantir-se, que só em casos realmente excepcionais ou especiais é que será possível “antecipar” a morte de alguém a seu pedido.**

Atendendo à impraticabilidade, por razões de extensão e de tempo, de, nesta sede, tecer comentários específicos sobre todos os cinco projectos de lei, optou-se por centrar as presentes observações críticas em particular nos projectos de lei do PS e do BE (projectos muito similares) e, bem assim, no do PAN, tendo em conta não só o resultado da votação na generalidade, mas também o número de deputados dos respectivos partidos.

Esclareça-se que as presentes observações não pretendem ser nem exaustivas, nem detalhadas, destinando-se tão somente a chamar a atenção para alguns aspectos que, em matéria de requisitos e procedimentos estabelecidos, se afiguram mais criticáveis.

Importa, por isso, começar por recordar quais são os requisitos, previstos nos referidos projectos de lei, cujo cumprimento é de verificação obrigatória:

- Projecto de lei do PS: “1. Para efeitos da presente lei, considera-se eutanásia não punível a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa, maior, em situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde. 2. O pedido subjacente à decisão prevista no número anterior obedece a um procedimento clínico e legal, correspondendo a uma vontade atual, séria livre e esclarecida” (artº. 2º): (os requisitos do projecto da IL são, no essencial, similares a estes);

- Projecto de lei do BE: “1. O pedido de antecipação da morte deverá corresponder a uma vontade livre, séria e esclarecida de pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e em sofrimento duradouro e insuportável. 2. O pedido referido no número anterior apenas poderá dar origem a um procedimento clínico de antecipação da morte se feito por pessoa maior, capaz de entender o sentido e o alcance do pedido e consciente no momento da sua formulação.” (artº 2);

- Projecto de lei do PAN: “1 – O pedido de morte medicamente assistida apenas é admissível nos casos de doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou nos casos de situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva. 2 - O pedido deve ser apresentado a um médico pelo próprio doente, de forma livre e voluntária, após um processo de adequada informação prestada pelo médico e de livre reflexão, não podendo ser motivado ou influenciado por qualquer pressão ou coacção exterior. 3 - A pessoa deve estar dotada de todas as capacidades mentais, bem como consciente e lúcida quando formula o pedido e quando o reitera ao longo do processo.” (artº. 3º): a estes acrescem os requisitos previstos nos artºs. 4º e 5º.

Enunciemos, então, as principais críticas que nos suscitam estes requisitos:

1. A utilização de conceitos indeterminados, vagos e imprecisos, como requisitos da aplicação da lei – tais como, “sofrimento extremo” ou “duradouro e insuportável” ou “intenso”, “lesão definitiva” ou “lesão incurável”, “doença incurável e fatal” ou “doença incurável” e “vontade séria, livre e esclarecida” – não permitirá uma verificação objectiva e rigorosa dos mesmos;

2. O requisito do sofrimento, na ausência de especificação da lei, tanto poderá ser físico, como psicológico, o que permitirá a aplicação da lei a um sem número de casos em que o sofrimento poderá ser apenas psicológico (o que incluirá o sofrimento existencial), retirando-se, assim, à lei o seu alegado e/ou pretendido cariz excepcional ou especial;

3. Admitir-se casos de “lesão definitiva” ou “lesão incurável”, sem se exigir que essa lesão seja muito grave ou sequer grave e/ou incapacitante, permitirá a aplicação da lei a um sem número de casos em que poderá existir apenas uma simples lesão, física ou mesmo inclusive psicológica, retirando-se, assim, à lei o seu alegado e/ou pretendido cariz excepcional ou especial;

4. Admitir-se casos de “doença incurável”, sem se exigir que essa doença seja muito grave ou sequer grave e sem se exigir que a mesma seja terminal ou mesmo fatal, permitirá a aplicação da lei a um sem número de casos de doenças que, apesar de serem incuráveis, poderão não ser nem muito graves ou sequer graves nem terminais ou mesmo fatais, retirando-se, assim, à lei o seu alegado e/ou pretendido cariz excepcional ou especial;

5. Admitir-se casos de “doença incurável e fatal”, sem se exigir que essa doença seja terminal (i.e., com um prognóstico vital estimado de semanas ou meses) ou sem sequer se estimar um prognóstico vital para a ocorrência da fatalidade, permitirá a aplicação da lei a um sem número de

casos de doenças que, apesar de serem incuráveis e fatais, não são terminais ou em que não é possível estimar quando ocorrerá o acontecimento fatal inevitável (que poderão ser anos), retirando-se, assim, à lei o seu alegado e/ou pretendido cariz excepcional ou especial;

6. Admitir-se casos de situações clínicas de “incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva”, sem se exigir que essa incapacidade ou dependência seja causadora de um sofrimento extremo ou duradouro e insuportável ou intenso ou sem sequer se exigir a existência de um qualquer sofrimento, permitirá a aplicação da lei a um sem número de casos em que o sofrimento existente poderá ser ligeiro e suportável ou nem sequer existir, retirando-se, assim, à lei o seu alegado e/ou pretendido cariz excepcional ou especial;

7. Por último, admitir-se casos de situações clínicas de “incapacidade ou dependência definitiva”, sem se exigir que essa incapacidade ou dependência seja total ou absoluta ou muito grave ou sequer grave, permitirá a aplicação da lei a um sem número de casos em que, apesar de existirá uma incapacidade ou dependência definitiva, a mesma não é total ou absoluta, nem muito grave ou sequer grave, retirando-se, assim, à lei o seu alegado e/ou pretendido cariz excepcional ou especial;

Enunciemos, agora, algumas das principais críticas que nos suscitam os procedimentos legais previstos nos mencionados projectos de lei:

8. O médico a quem é apresentado o pedido de “antecipação” de morte (doravante designado por “médico responsável”), é escolhido livremente pelo doente, não tendo de ser o seu médico pessoal ou de família ou sequer especialista na patologia que possa afectar o doente, o que significa que o médico responsável poderá não ter qualquer conhecimento do doente e do seu historial clínico, numa clara e total desvalorização da prévia relação médico-doente e de todo o passado clínico do doente;

9. Nalguns projectos (PS e BE) não são estabelecidos nenhuns requisitos formais (ex: elementos de identificação, doença ou lesão de que padece, historial clínico, etc.) para o pedido a apresentar pelo doente ao médico por ele escolhido, a não ser que seja um “*documento escrito, datado e assinado pelo próprio*”, e nem sequer se exige que essa assinatura seja feita na presença do médico;

10. O doente não está obrigado a entregar ao médico responsável, conjuntamente com o seu pedido, o seu processo clínico, acompanhado dos exames e relatórios anteriormente realizados, sendo que é esse processo clínico que poderá atestar a existência de uma lesão definitiva ou incurável, de uma doença incurável, de uma doença incurável e fatal ou de uma situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva;

11. Não se prevê a possibilidade e/ou obrigatoriedade de aconselhamento psicológico ao doente que apresente ou queira apresentar um pedido de “antecipação” de morte (apenas no projecto da IL prevê-se, sem se detalhar, um acompanhamento psicológico durante três dias após a apresentação do pedido);

12. Não se prevê a possibilidade e/ou obrigatoriedade de ser disponibilizado ao doente o acesso efectivo a cuidados paliativos, em alternativa ao prosseguimento do procedimento legal de “antecipação” da morte ou como condição prévia necessária ao mesmo (apenas no projecto da IL é dito que é garantido ao doente, como alternativa à antecipação da morte, o acesso a cuidados

R

paliativos, sem contudo se especificar o modo de execução dessa garantia e se fixar em apenas três dias um período de reflexão);

13. Não se prevê que o médico responsável, antes de emitir o seu parecer sobre se o doente cumpre (ou não) todos os requisitos previstos na lei, tenha de ou sequer possa mandar realizar quaisquer exames destinados a confirmar a patologia do doente e a sua situação clínica, não sendo sequer claro que o médico responsável tenha de realizar consultas com o doente antes de emitir o seu parecer (no projecto do PAN prevê-se que essas consultas tenham lugar caso se encontrem preenchidos os requisitos previstos na lei);

14. Não se compreende como é que o médico responsável, não tendo em seu poder o processo clínico do doente, poderá prestar ao doente toda a informação e esclarecimentos sobre o estado de saúde e a situação clínica que afecta o doente, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis e o respectivo prognóstico, no caso de não ser ou médico pessoal ou de família do doente e não ser especialista na patologia que possa afectar o doente;

15. Não se descortina como é que o médico responsável, não tendo em seu poder o processo clínico do doente, e no caso de não ser o seu médico pessoal ou de família, pode saber que patologia afecta o doente para poder escolher (livremente) um médico especialista na mesma, médico esse que, tal como o médico responsável, pode nunca ter conhecido o doente, nem conhecer o seu historial clínico;

16. Nalguns projectos (PS e BE) não está previsto que o médico especialista, antes de emitir o seu parecer sobre se o doente cumpre (ou não) todos os requisitos previstos na lei, tenha de ou possa realizar consultas com o doente (nos projectos do PAN e da IL prevê-se a possibilidade dessa realização);

17. Não se prevê que o médico especialista, antes de emitir o seu parecer sobre se o doente cumpre (ou não) todos os requisitos previstos na lei, tenha de ou possa mandar realizar quaisquer exames, destinados a confirmar a patologia do doente e a sua situação clínica;

18. Nalguns projectos (PS, BE e IL) a emissão de um parecer por um médico psiquiatra nem sempre é obrigatória, só o sendo quando o médico responsável e/ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para formular o pedido ou admitam que ela possa ser portadora de uma perturbação psíquica que afecte a sua capacidade de tomar decisões, revelando uma vontade séria, livre e esclarecida, sendo certo que só um médico psiquiatra tem competências para aferir se o doente padece ou não de uma doença mental e se a sua vontade é realmente séria, livre e esclarecida (só no projecto do PAN é obrigatória a emissão de parecer por parte de um médico psiquiatra);

19. Não se compreende como é que os médicos (responsável, especialista e, se for o caso, psiquiatra) só possam falar com os familiares do doente se este autorizar, atenta não só a finalidade última do procedimento legal de "antecipação" da morte, mas também por não existir no mesmo qualquer sigilo profissional médico que tenha de ou deva ser respeitado, dada a natureza do procedimento e do acto de provocação da morte;

21. A inexistência de contactos dos médicos (responsável, especialista e, se for o caso, psiquiatra) com os familiares do doente não só impedirá aqueles de verificar se a vontade manifestada pelo doente é realmente voluntária e livre (de quaisquer pressões ou coacções

familiares), bem como, se essa vontade é séria e actual (e não apenas consequência de um sentimento momentâneo motivado por uma situação de abandono ou desinteresse familiar);

22. Apesar de se dizer que a decisão do doente, em qualquer fase do procedimento, é indelegável, não deixa de se prever que, caso o doente esteja impossibilitado de escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento, fazer-se substituir ou representar por pessoa por si indicada, o que abre a porta para que a vontade manifestada não seja a vontade do doente mas sim de terceiros sempre que ao longo do procedimento for solicitada a reiteração da vontade do doente de morrer;

23. Não está prevista a possibilidade e/ou obrigatoriedade de acompanhamento psicológico do doente em nenhuma das fases do procedimento legal de “antecipação” da morte;

24. O direito à objecção de consciência previsto para os médicos que se recusem a participar no procedimento legal de “antecipação” da morte colide com a posição da Ordem dos Médicos por esta considerar que o referido procedimento não envolve a prática de actos da profissão de médico;

25. Apesar de serem estabelecidos vários deveres que deverão ser respeitados pelos profissionais de saúde que intervenham no procedimento, não existe qualquer tipo de controlo do cumprimento dos mesmos no decurso do procedimento, sendo certo que a IGAS, a quem somente o projecto do PS atribui competência para fiscalizar os procedimentos, apenas é informada da existência dos mesmos após terem sido emitidos todos os pareceres favoráveis e o doente ter consignado por escrito a sua decisão final de morrer, não sendo cometidos à IGAC nenhuns poderes concretos de fiscalização e controlo, apenas sendo-lhe dada a possibilidade de estar presente na hora da morte do doente;

27. A composição da Comissão criada para proceder à verificação e avaliação dos procedimentos e da aplicação da lei - um médico indicado pela Ordem dos Médicos, um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros, um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura, um jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público e um especialista em bioética indicado pelo CNECV -, é manifestamente desadequada aos fins para os quais é criada, uma vez que a verificação do cumprimento da lei e dos requisitos que a lei faz depender o deferimento do pedido de morte, pressupõe o domínio de conhecimentos na área da medicina e não em qualquer outra área científica ou de conhecimento;

28. Não se prevê que a dita Comissão, antes de emitir o seu parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores de cada procedimento, tenha de ou sequer possa conversar com o doente e/ou possa mandar realizar quaisquer exames, destinados a confirmar a patologia do doente e se a situação clínica cumpre todos os requisitos definidos na lei (apenas no projecto da IL está previsto que a Comissão pode convocar os médicos envolvidos e solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários);

29. O prazo que é dado à Comissão para emitir o seu parecer (seja 24 horas ou 5 ou 8 dias úteis) é manifestamente insuficiente para que possa ser feita uma real verificação do cumprimento dos requisitos previstos na lei, e para que possa, com um mínimo de rigor, ser emitido o parecer final que levará à morte do doente, o que transforma o parecer da Comissão num acto ou visto puramente administrativo e burocrático;

30. Não se compreende como é que, no caso de ser emitido um qualquer parecer desfavorável à concretização do pedido de morte formulado pelo doente, com o consequente cancelamento imediato do procedimento em curso, o doente possa reiniciar o procedimento com novo pedido de abertura ou possa apresentar um novo pedido, sem qualquer limitação do número de vezes;

31. No caso de serem emitidos todos os pareceres favoráveis (do médico responsável, do médico especialista e, se for o caso, do médico psiquiatra, e da Comissão), não se compreende como é que é a vontade do doente o elemento determinante da escolha do dia, local e método a utilizar para a “antecipação da morte”, ainda que o seja em combinação com o médico responsável;

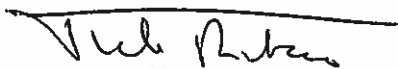
32. Não se compreende como é que não é objecto de qualquer regulação na lei a necessária articulação da aplicação da mesma com o SNS, no caso de profissionais de saúde que intervenham no procedimento trabalharem em estabelecimentos de saúde do SNS, nem no caso de o local escolhido para a “antecipação” da morte ser um desses estabelecimentos;

33. Por último, no que se refere à alteração legislativa do artº. 135º Código Penal, a despenalização do incitamento ao suicídio não é suportada pelos termos da lei para a qual remete.

Em conclusão, e em face de tudo quanto ficou dito, não pode a Assembleia da República deixar de proceder ao cancelamento das referidas iniciativas legislativas, com o consequente arquivamento do respectivo processo legislativo, o que se requer.

Lisboa, 9 de Julho de 2020

Pela Associação Juntos pela Vida



Teresa de Melo Ribeiro