



Projetos de Lei | PL 74/XV/1 (PS) | PL 83/XV/1 (PAN)

A Ordem dos Médicos tem vindo a intervir ativamente na discussão das diversas iniciativas legislativas sobre a despenalização do «Homicídio a pedido da vítima» e do «Incitamento e ajuda ao suicídio», objeto de penas definidas no Código Penal. Os projetos de lei para definir a «morte antecipada», sob a forma de *eutanásia voluntária ativa* ou de *suicídio assistido*, tiveram como fundamento revogatório, o aditamento de alíneas de exceção aos artigos do código penal, respetivamente, os artigos 133º e 134º.

Na atual legislatura, a primeira iniciativa legislativa sobre a “morte medicamente assistida” foi promovida pelo BE e sobre esta a Ordem dos Médicos já se pronunciou, sendo que os Projetos de Lei ora em apreciação em nada alteram a posição anteriormente expressa.

À semelhança do projeto de lei do BE, o Projeto de Lei Nº 74/XV e o PL 83/XV/1 (PAN) acrescentam, também, uma alteração ao artigo 139º do código penal, para que a informação, prestada por profissionais da saúde, sobre suicídio assistido ou morte a pedido, não seja considerada como propaganda desses atos, dentro dos parâmetros da lei.

Os projetos de lei do PS e do PAN, com exceção do preâmbulo apresentado por este último, que é a repetição do projeto por si anteriormente apresentado nas duas legislaturas antecedentes (XIII e XIV), são em tudo semelhantes ao texto do projeto de lei apresentado pelo BE.

O procedimento legal previsto obriga a considerar o *modus faciendi* para regular as condições de avaliação do fundamento, subjetivo e objetivo, da intenção da pessoa requerente. Doente com intenso sofrimento, por motivo de doença grave e incurável ou deficiência grave, pedido reiterado por pessoa consciente. A validação e a execução do pedido são atribuídas a peritos médicos. O controlo é atribuído a uma comissão mista.

Como referido, no decorrer das diferentes iniciativas legislativas, e na fase de discussão dos projetos de lei sobre o tema, a Ordem dos Médicos tem sido convocada a participar.

No decurso de **XIII legislatura**, apresentou um parecer global, elaborado pelo seu Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas (CNEDM), fundamentando uma crítica negativa aos Projetos de Lei do BE, PS, PEV e PAN. Todos os projetos foram rejeitados em votação plenária da Assembleia da República.

Na **XIV legislatura**, os mesmos projetos e mais um, do partido IL, foram novamente apresentados. A Ordem dos Médicos, a pedido da Comissão de Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República, foi novamente chamada a pronunciar-se sobre cada um dos projetos de lei apresentados. De novo, o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos apresentou pareceres negativos, elaborados pelo CNEDM, relativamente a cada um dos projetos em discussão. Na sessão legislativa de 20 de fevereiro de 2020, todos os projetos foram aprovados na generalidade, por maioria simples. Em 29 de Janeiro de 2021, a Assembleia da República aprovou, em votação final global, o projeto de lei resultante do processo de elaboração na especialidade, que passou a constituir o Decreto da Assembleia da República nº 199/XIV, publicado no Diário da Assembleia da



República, Série II-A, número 76, de 12 de fevereiro de 2021, e que foi enviado para o Presidente da República para promulgação como lei.

O Presidente da República requereu a fiscalização preventiva do decreto em 18 de fevereiro de 2021, considerando que a lei em causa *“recorre a conceitos excessivamente indeterminados, na definição dos requisitos de permissão da despenalização da morte medicamente assistida”*. No requerimento enviado ao Tribunal Constitucional (TC), refere que *“está em causa a amplitude da liberdade de limitação do direito à vida, interpretado de acordo com o princípio da dignidade humana”*.

Em 15 de março desse ano, o Tribunal Constitucional decidiu *“pronunciar-se pela inconstitucionalidade da norma constante do artigo 2º, nº 1, com fundamento na violação do princípio da determinabilidade da lei”*. Numa nota explicativa, o Presidente do TC afirmou que *“a inconstitucionalidade é resultado do caráter excessivamente indeterminado do conceito de sofrimento intolerável e do caráter excessivamente indeterminado do conceito de lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico”*.

Em face do conteúdo do acórdão, foi revisto texto do decreto 109/XV, tendo sido aprovada a sua reformulação, em 03/11/2021. É feito o aditamento de um artigo 1º -A e são alterados os artigos 2º e 3º. No primeiro artigo são dadas definições, alínea por alínea, de “morte medicamente assistida”, “suicídio medicamente assistido”, “eutanásia”, de “doença grave ou incurável”, de “lesão definitiva de gravidade extrema” e de “sofrimento”.

O facto notório de a nova redação admitir a alternativa de doença “grave” ou “incurável” (no 1º e 2º artigos), levou, desta vez, o Presidente da República a devolver o decreto à AR, sem promulgação, considerando que a nova redação era ainda mais imprecisa do que na primeira versão, na questão central da gravidade e incurabilidade da doença de caráter fatal.

A dissolução da Assembleia da República entretanto decretada, determinou a caducidade do procedimento legislativo em curso, tendo sido agora iniciado novo processo legislativo com a apresentação de um Projeto de Lei, por iniciativa do BE. Tal como no projeto do BE, os Projetos de lei do PS e do PAN têm a *“originalidade”* de reformular de novo o artigo das “definições” (artigo 2º), formulando nas alíneas d) e e) o seguinte: d) *“Doença grave e incurável, doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade; e) Lesão definitiva de gravidade extrema, lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante, que colca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade de que tais limitações venham a persistir no tempo, sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa”*.

A retoma do procedimento de cada partido voltar a lançar um novo projeto de lei não comporta nenhuma originalidade, pois que os projetos de cada um dos partidos (BE, PS; PAN, PEV e IL) já se haviam conciliado numa redação final única, que agora é reproduzida nos projetos de Lei da XV Legislatura. Só o PEV deixou de estar representado no parlamento.



Por parte da Ordem dos Médicos, este esmiuçar de definições vertidas nos textos ora apresentados não altera o fundamento deontológico e ético contra os procedimentos de morte provocada, instrumentalizada medicamente.

A medicalização forçada da “morte assistida” visa a sua credibilização, mas não altera a sua essência. Os “equivocos formais” aludidos na “Exposição de Motivos” do Projeto de Lei do PS, não ficam desfeitos por uma redação alterada. Porque não são formais, são substanciais. Assim, não é de surpreender que se apurem, entre os juízes do Tribunal Constitucional, reservas, dúvidas e posições divergentes formuladas em alongadas declarações de voto. O subjetivismo destes processos, mesmo com definições densificadas e formalmente claras, é patente e inevitável, tanto do lado de quem requer, o doente, como de quem avalia e julga. A oferta destes procedimentos, legitimados por lei e publicitados on-line, cria uma procura, por efeito de sugestão e aculturação, numa necessidade artificiosa, restringida a poucos países, cuja experiência é insuficiente e se revela não isenta de riscos. Subestimam-se os progressos médicos na atenuação do sofrimento, diminui-se o importante papel do necessário reforço da solidariedade humana e dos cuidados paliativos, ficcionando uma absolutização da vontade individual para uma morte decretada abruptamente.

Um aspeto digno de registo para análise concreta de todos estes projetos de lei, que tem mais importância do que a densificação de definições e de preciosismos semânticos, é a identificação de quem procede à orientação do processo de avaliação médica para o orientar, do início ao fim. O que acontece é que o “*médico orientador*”, que tem a função determinante em todo o processo, é “*escolhido pelo doente*” (artigo 4º, n.º 2). Essa opção implica um inevitável enviesamento, pois a escolha pressupõe uma atitude reconhecidamente favorável ao pedido do doente, sem a isenção necessária para a relevância do objetivo, a morte provocada. E todos os projetos de lei pecam por esta mesma falha. O “*médico orientador*” não deveria ser escolhido pelo doente requerente, pois isso levará a uma diminuição da capacidade para ajuizar objetivamente.

A natureza predominantemente administrativa do procedimento confirma-se também noutra aspeto. No artigo 6º, “*Confirmação do Médico Especialista*”, afirma-se na alínea 1, que “*Após o parecer favorável do médico orientador, este procede à consulta do outro médico, especialista na patologia que afeta ao doente, que confirma ou não que estão reunidas nas condições referidas no número anterior (...)*”. Repare-se que a consulta do outro médico, não é uma consulta do doente.

Pense-se também na questão do chamado “*suicídio assistido*”. A diferença entre este ato e a eutanásia seria, apenas, o facto de, num caso, o doente autoadministrar a droga letal e, no outro, a administração ser feita pelos técnicos de saúde? Não é assim. O *suicídio assistido* deve obrigar a um distanciamento de quem fornece a droga letal. “Assistido” não significa “presenciado”. Verifica-se que em países em que se autoriza, por lei, essa prática, uma percentagem significativa de pessoas requerentes, a quem é entregue o kit para a morte autónoma, acabam por não a executar. Se estiver presente o “assistente”, será mais provável a sua consumação por indução. Esta é uma diferença relevante em relação à *eutanásia ativa*, em que o doente, na fase final, assume uma atitude passiva.



Outro aspeto, a avaliação do estado mental, numa situação de grande sofrimento, não pode ser minimizada e remetida, em alguns casos apenas, para o exame pericial psiquiátrico. É uma ilusão, fruto do desconhecimento da mente humana e da complexidade da psicopatologia, pensar que um médico sem formação nesse domínio, está capacitado para fazer a triagem dos casos mentais nessas situações extremas de sofrimento, com forte repercussão no estado psíquico do doente.

Na formulação do que se designou por “*indeterminação*” de algumas definições das situações de doença, que podem justificar estes procedimentos de morte provocada, esqueceu-se uma questão que está implícita como determinação essencial. Se se descreve o procedimento como “*antecipação da morte*”, é óbvio que uma das determinações a considerar é a da proximidade da morte natural. Este aspeto leva a conceptualizar a “*fase terminal*”, que significa um prognóstico de até seis meses do *exitus* natural. Surpreendentemente, nesta necessária restrição de uso indevido da lei, não foi considerada a fase terminal da doença como delimitação. A “*antecipação*”, numa doença grave e incurável, é indeterminada, podendo corresponder a muitos anos, caso não haja esta delimitação.

Nos sucessivos pareceres da Ordem dos Médicos, sustentou-se que, por princípio, a provocação direta da morte, isto é, matar o doente a seu pedido, por administração de uma injeção ou facultando um fármaco com a intenção de matar, são práticas que não se enquadram no exercício da medicina, tanto no plano ético como deontológico. Esta posição decorre naturalmente do que está estabelecido expressamente no artigo 65º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, que se transcreve: “*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*”.

A medicina tem balizas definidas. Na medicina para o final da vida, deve abrir-se um diálogo entre a pessoa do doente, os profissionais da medicina e as equipas de saúde, envolvendo muitas vezes a família, com escrupuloso respeito pela autonomia, dignidade e vulnerabilidade da pessoa que sofre. Novos progressos técnicos ampliaram as possibilidades de intervir, através de cuidados apropriados, minorando o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

A lei portuguesa faculta à pessoa a capacidade de formular diretivas antecipadas de vontade, possibilitando uma escolha livre e consciente, no que concerne aos cuidados de saúde que futuramente deseja receber, ou recusar, se estiver incapaz de expressar autonomamente a sua vontade.

O exercício da medicina inclui o tratamento e a paleação da dor e do sofrimento, o que implica o recurso frequente a fármacos analgésicos e sedativos, geridos de forma individualizada e proporcional a cada etapa da doença e dos sintomas. Em fases terminais, esta intervenção farmacológica pode levar indiretamente a antecipar a morte. Esta prática respeita as *leges artis*, como finalidade primária de paleação.

No próprio preâmbulo do projeto de lei do PAN argumenta-se que o procedimento de tratamentos para alívio da dor, com risco indireto de abreviar a vida, é comparável à eutanásia voluntária ativa, em que se decreta e provoca deliberadamente a morte a pedido do doente. E o redator vai ao ponto



de questionar, se entre o atenuar da dor e a ocorrência da morte, “*será possível discernir efetivamente qual a intenção do médico*” (p. 11).

A obstinação terapêutica, designada *distanásia*, caracterizada por procedimentos fúteis no prolongar do sofrimento e da vida, em contradição com o respeito pela dignidade da pessoa, no processo natural de morrer, é desconforme com a Ética e Deontologia da Medicina. O artigo 67º (Morte) do Código Deontológico da Ordem dos Médicos define com clareza os limites da prática médica, nos seguintes termos: 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*»; e 4 - «*O uso de meios extraordinários de manutenção da vida não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente*».

De igual modo se consagra, expressamente, a dimensão única de cada pessoa na interação com a doença, reconhecendo a cada uma o direito a recusar iniciar ou manter intervenções terapêuticas, que, no juízo do próprio, ofendem os seus valores e convicções. O **princípio da autonomia da pessoa do doente é fundacional na ética médica**.

A eutanásia e o suicídio assistido podem ser despenalizados e autorizados por lei, mas não pertencem à Medicina, não se configuram como atos médicos. São atos da pessoa, que lhe são atribuídos por lei. A execução da morte, provocada por intervenção médica, não deixa de ser uma violação dos valores ético-jurídicos que regem a profissão, e não institui uma nova ética e deontologia médica. O sujeito desse ato é o requerente, verdadeiro agente responsável e capacitado para o pedido da execução. É a incapacidade do próprio em executar o suicídio, que justifica a lei para suprir essa insuficiência. Envolver a medicina e os médicos neste exercício, é atentatório de valores éticos do exercício da medicina e constitui um desvio no investimento essencial da medicina e da saúde nos cuidados paliativos, além de poder acarretar riscos civilizacionais, que a História regista como reais. Situa-se aqui, claramente, um conflito de faculdades, de saberes, em que o pressuposto é reduzir a medicina a uma técnica, a um instrumento para a execução de uma determinação jurídica.

A Declaração de Genebra, que foi adotada em 1948, por ocasião da 2ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial (AMM) e na sequência da II Guerra Mundial, em resposta às atrocidades que envolveram médicos nazis e na qual foi elaborado o Juramento dos médicos para permitir o restabelecimento da confiança dos doentes perante a profissão médica, assim o determina. Teve várias revisões e, por ocasião da 68ª Assembleia Geral, a 14 de outubro, em Chicago foi adotada uma versão revista onde consta o Juramento do Médico, de onde se extraem dois parágrafos, traduzidos da edição francesa da Suíça: «*Respeitarei a autonomia e a dignidade do meu doente. Velarei pelo respeito absoluto da vida humana.*» Na versão inglesa, a palavra “absolu” é expressa por “utmost”, cujo significado é o mesmo.

Na 70ª Assembleia Geral da AMM, realizada em Tbilissi (Geórgia), em 12 de outubro de 2019, foi aprovada uma declaração contra a eutanásia e o suicídio assistido.

As práticas de morte provocada são uma artificialização da morte, num terreno de difícil ponderação para o próprio, os técnicos intervenientes diretos e os avalistas. A lei baseia-se numa série de



procedimentos para apurar se o doente quer de verdade ser morto, se está capaz psiquicamente para decidir, e se tem uma doença ou uma deficiência com um sofrimento continuado que justifique ser morto a seu pedido ou ajudado a matar-se. O processo é orientado por um médico, cuja missão não é clínica, mas tão só a de verificar, como legista, se o candidato se enquadra nos quesitos do regulamento, isto é, se pode ser eutanasiado ou não. Aliás, de um modo geral, o “médico orientador”, só excepcionalmente será o médico assistente do doente. Outros médicos especialistas, que sejam chamados a pronunciar-se, confirmam ou recusam o veredito, segundo as regras.

No projeto de lei Nº 74/XV-1ª e no projeto de lei Nº 83/XV-1ª é criada uma “Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte” (CVA), de composição mista, jurídico-sanitária, destinada a funcionar no âmbito da Assembleia da República. A sua enfática missão, dependente de um órgão de soberania, releva do caminho incerto que esta autorização da morte acarreta, no plano ético e jurídico. A CVA, de cinco membros, deve pronunciar-se com um prazo de urgência de cinco dias-

Pretende-se evitar que alguém possa ser morto sem cumprir os preceitos. Será um erro grave ser executada a morte desejada pelo requerente, se a sua capacidade ou sanidade mental for erradamente avaliada. O cuidado na definição do nível do “sofrimento”, da “gravidade” e “incurabilidade”, não apaga o caráter muito subjetivo da personalização do diagnóstico. Se a intenção do doente é morrer, vai queixar-se para esse fim. E os técnicos que aceitam a incumbência estão predispostos, subconscientemente, a esse desiderato. Todos os cuidados são poucos, para evitar que alguém fique vivo por erro de diagnóstico, ou o contrário.

Fosse qual fosse o teor do projeto de lei sobre a morte a pedido, iria sempre enfermar de dificuldades, de contradições, de insuficiências, de imprecisões, pelo seu caráter aporético.

A medicina não deve exceder a autoridade que lhe compete, mas também não pode desprover-se do que garante a sua identidade, educando os seus membros segundo a ética e a deontologia da arte e da ciência médicas. O Código Deontológico da Medicina não é um simples regulamento administrativo. Se a lei da eutanásia vigorar, não se pode obrigar a adulterar os princípios éticos e deontológicos da Medicina, através da alteração do código de conduta dos médicos e que encontram o seu fundamento num conjunto de princípios ético-jurídicos, suprapositivos, enraizados na consciência da comunidade médica e cujo caráter vinculativo e normativo é inquestionável.

Por isso, a Ordem dos Médicos mais uma vez manifesta o seu parecer contra a legalização da morte “medicamente” assistida.

Lisboa, 9 de junho de 2022

O Bastonário e Presidente do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos

Dr. Miguel Guimarães