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

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

1cacdlg@ar.parlamento.pt

V/ referência	Nossa referência	Data
	CAD/S2020-6194cn/P5592cn	**27/02/2020**

Assunto: Parecer sobre Projeto de Lei nº 168/XIV/1ª (PEV)

Exmo. Senhor Presidente,

Em resposta ao ofício n.º 135/1.ª-CACDLG/2019, de 23 de dezembro de 2019, 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 168/XIV/1ª, apresentado pelo Grupo Parlamentar do Partido "Os Verdes".

Creia-me com os melhores cumprimentos,

O Bastonário da Ordem dos Médicos

Dr. Miguel Guimarães

Anexo: Parecer OM_PL168XIV1_PEV

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Divisão de Apoio às Comissões
CACDLG
N.º Ofício 652194
Entrada n.º 178 Data 03/03/2020

ORDEM DOS MÉDICOS

PARECER

Parecer do CNEDM (CNEDM51) sobre soluções médicas para o fim da vida e o Projeto de Lei N.º 168/XIV/1.ª (PEV), que "Define o Regime e as Condições em que a Morte Medicamente Assistida não é punível"

O Projeto de Lei em consideração pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (CNEDM) é idêntico ao Projeto de Lei do PEV (Partido Ecologista Os Verdes), apresentado na anterior legislatura, e que veio a ser rejeitado por uma maioria de votos. 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 atender às particularidades dos 4 projetos, então em discussão, e que foram rejeitados em votação na Assembleia da República.

A reposição na nova legislatura de projetos sobre o mesmo tema não requer argumentação diferente da tida no anterior parecer, que pode ser consultado. Este novo parecer é, em síntese, idêntico ao anterior, com alguns aditamentos sobre aspetos particulares de cada Projeto de Lei em consideração.

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.

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:

«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.»

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) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através da obstinação terapêutica;»

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

«1- O doente tem direito a:

fatores que pode gerar e fomentar uma procura. Pois que no nosso país não se conhece penalização julgada por "morte a pedido" ou "ajuda ao suicídio", objetos de interdição no Código Penal.

Os atos designados no Código Penal como «Homicídio a pedido da vítima» e «Incitamento ou ajuda ao suicídio» estão proibidos pelo código penal, respetivamente nos artigos 134º e 135º, pelo que o projeto de lei da chamada "morte medicamente assistida" contém, no artigo 3.º, uma alteração que anula as penas, por aditamento de alíneas suplementares para efeito de aplicação da lei segundo os termos estabelecidos. No projeto do PEV acrescenta-se ainda a despenalização para efeitos do que consta no Artigo 139º do Código Penal sobre "Propaganda ao Suicídio", pressupondo que o médico ou o enfermeiro que colaborem nestas práticas não promovem o suicídio. O legislador ignora que o facto de não estar na intenção dos colaboradores, não significa que o exercício legitimado do suicídio ajudado, não seja objetivamente uma promoção e banalização dessa opção na sociedade aberta.

O projeto de lei N.º 168 do PEV utiliza o estereótipo suavizante "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, cobrindo o procedimento como uma prática de assistência médica mais aceitável em termos ideológicos.

No preâmbulo do projeto N.º 168 há uma preocupação em defender que criação da prestação da chamada "morte medicamente assistida", não leva o PEV a subestimar a necessidade de o Estado garantir o acesso dos doentes a cuidados paliativos e de assegurar uma boa rede de cuidados continuados. O erro que os proponentes cometem resulta da sobrevalorização jurídica da solução da eutanásia, como expressão valorizada do direito a ser morto, como um procedimento dignificante de autonomia individual, como a solução para o sofrimento: «(...) de forma controlada, uma morte digna, em paz, sem sofrimento, a quem a pede...»

A eutanásia passa por ser uma espécie de panaceia para o sofrimento, pela instituição da morte súbita provocada da pessoa. Dados os riscos de má prática, isto é, de ser permitida essa execução a quem não preenche os quesitos legais, o candidato requerente fica sujeito a uma via dolorosa de avaliações e inquéritos para que não seja vitimado fora da lei. No projeto do PEV esse controlo é exercido numa complexa tramitação administrativa que comporta o próprio (agente "autónomo"), o médico encarregado, chamado "titular" (artigo 5º), a direção do Serviço de Saúde, um psiquiatra, uma Comissão de Verificação (artigo 7º), com poder deliberativo, com mais três médicos, dois juristas e dois enfermeiros (em cada Administração Regional de Saúde) e ainda uma Comissão de Avaliação do regime legal (artigo 13º), com mais 7 elementos. Outra especificidade é o facto de restringir a eutanásia aos serviços públicos de saúde, certamente para um exercício de controlo, ou para evitar uma rentabilização lucrativa. A contradição que sobressai, depois de percorrer todo este processo de garantias para a triagem eficiente do requerente que tem direito a ver satisfeito o seu desejo, é a facilidade e simplicidade com que depois é tecnicamente executada a morte, por administração do produto letal, por via oral (o próprio) ou injetável (o outro).

Com as dificuldades na resposta a problemas de saúde que carecem urgentes soluções e dotação de meios no SNS, este empolamento do instituto da "morte" como direito imediato, é bem expressão de como a doutrina se sobrepõe às reais necessidades assistenciais, tanto para a vida como para o termo do viver.

É de bom tom em tempo de pós-modernismo, contrapor a uma presumível autoridade, uma presumida autoridade, como opinião avulsa. Na apologia irrestrita da autonomia do doente, faz-se uma caricatura grosseira do chamado paradigma hipocrático, dizendo que "menoriza o doente na

de as introduzir na sua legislação.

Cumpre 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. Seria correto avaliar o caso da Colômbia, cuja lei assegura a Eutanásia e o Suicídio Assistido, sem contemplar as necessidades básicas e generalizadas da assistência médica e de cuidados paliativos para o fim da vida.

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 recebe, 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 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 a 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 Direito 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*

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 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. A ética está antes e acima da lei, deontologia e norma jurídica não são a mesma coisa, e a deontologia não tem que se submeter à norma jurídica embora tenha que a reconhecer, o que justifica a objeção de consciência. 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 arredar e suster o ímpeto de uma duvidosa iniciativa legitimadora da eutanásia e do suicídio assistido, ainda haveria que considerar o próprio

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