



Conselho
Nacional de
Ética para as
Ciências da Vida

116/CNECV/2022

PARECER SOBRE OS PROJETOS DE LEI N.º 5/XV/1ª (BE),
N.º 74/XV/1ª (PS) E N.º 83/XV/1ª (PAN), QUE REGULAM
AS CONDIÇÕES EM QUE A MORTE MEDICAMENTE
ASSISTIDA NÃO É PUNÍVEL E ALTERAM O CÓDIGO PENAL

Junho de 2022



PARECER 116/CNECV/2022 SOBRE OS PROJETOS DE LEI N.º 5/XV/1ª (BE), N.º 74/XV/1ª (PS) E N.º 83/XV/1ª (PAN), QUE REGULAM AS CONDIÇÕES EM QUE A MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA NÃO É PUNÍVEL E ALTERAM O CÓDIGO PENAL

RELATÓRIO¹

I. Enquadramento

1. O CNECV tem vindo, desde 1995, a pronunciar-se sobre a problemática do fim de vida. Neste contexto, são de referir os seguintes documentos:

- Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Fim de Vida (11/CNECV/95);

- Reflexão Ética sobre Dignidade Humana (26/CNECV/99);

- Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2ª (PAN) (101/CNECV/2018);

- Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 4/XIV/1ª (BE) (107/CNECV/2020);

- Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 67/XIV/1ª (PAN) (108/CNECV/2020);

- Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1ª (PS) (109/CNECV/2020);

- Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 168/XIV/1ª (PEV) (110/CNECV/2020);

- Working Paper - Suicídio Ajudado e Eutanásia (2018, revisto em 2020).

Para além da posição do CNECV quanto à questão de fundo, expressa nos Pareceres n.ºs 107/CNECV/2020, 108/CNECV/2020, 109/CNECV/2020, 110/CNECV/2020, consideradas também as respetivas declarações de voto, e atento o processo evolutivo da legislação sobre morte medicamente assistida em Portugal, procura-se refletir sobre outros aspetos com a mesma conexos que ainda não foram objeto de pronúncia pelo CNECV.

Em particular quanto aos últimos pareceres relativos a projetos de lei de despenalização da realidade hoje designada como morte medicamente assistida foi sendo salientado que o fundamento dos projetos assentava no princípio do respeito pela autonomia do doente.

2. O sofrimento dos doentes em fim de vida e a possibilitação do exercício da sua autodeterminação é um dos pontos que tem merecido atenção por parte do legislador português. Em 2018 foi aprovada a Lei n.º 31/2018, de 18 de julho, relativa aos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, que define a pessoa em contexto de doença avançada e em fim de vida como aquela pessoa que

¹ O Parecer é antecedido por um Relatório da responsabilidade dos seus autores. Como tal, não é votado pelo plenário do CNECV.



padeça de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses (art. 2.º). Esta Lei visa, fundamentalmente, garantir um direito ao não sofrimento destas pessoas, ou seja, o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada (art. 1.º, n.º 2). Também a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro) estabelece que os cuidados paliativos se centram 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, devendo respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana (Base III, LBCP).

3. Em 12 de Fevereiro de 2021 foi publicado no Diário da Assembleia da República o Decreto n.º 109/XIV da Assembleia da República, que, nos termos do seu art. 1.º, *regula as condições em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal*. Este Decreto inscreve-se em um percurso legislativo que tem como referentes a autonomia do doente e o sofrimento do doente.

4. O Decreto n.º 109/XIV foi objeto de pedido de fiscalização preventiva de constitucionalidade pelo Presidente da República, abrangendo o pedido diferentes normas (arts. 2.º, 4.º, 5.º, 7.º e 27.º). O objeto principal do pedido incidiu sobre o art. 2.º do Decreto, onde vinha, no n.º 1, definida a noção de morte medicamente assistida e que previa considerar-se *morte medicamente assistida não punível a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde*. As restantes normas objeto do pedido eram consequenciais relativamente àquele artigo 2.º. O resultante Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 123/2021, de 15 de Março de 2021 pronunciou-se “pela inconstitucionalidade da norma constante do seu artigo 2.º, n.º 1, com fundamento na violação do princípio da determinabilidade da lei enquanto corolário dos princípios do Estado de direito democrático e da reserva de lei parlamentar, decorrentes das disposições conjugadas dos artigos 2.º e 165.º, n.º 1, alínea b), da Constituição da República Portuguesa, por referência à inviolabilidade da vida humana consagrada no artigo 24.º, n.º 1, do mesmo normativo; e, em consequência, pronunciar-se pela inconstitucionalidade das normas constantes dos artigos 4.º, 5.º, 7.º e 27.º do mesmo Decreto”.

5. Procurando ultrapassar as razões determinantes de inconstitucionalidade no entender do Tribunal Constitucional, foi apresentada à Assembleia da República uma proposta, que veio a ser aprovada em 5 de novembro de 2021, como Decreto n.º 199/XIV. Este Decreto, não tendo sido objeto de pedido de parecer ao CNECV, seguiu, em termos legísticos, o modelo espanhol, introduzindo um novo artigo 2.º, relativo a “Definições”. Neste novo artigo 2.º foram, assim, introduzidas as definições de “morte medicamente assistida”; “suicídio medicamente assistido”; “eutanásia”; “doença grave



ou incurável”; “lesão definitiva de gravidade extrema”; “sofrimento”; “médico orientador” e “médico especialista”.

Para além das reservas que podem ser levantadas quanto à pretensão de definição de alguns conceitos, algumas definições de conceitos essenciais, como “doença grave ou incurável”, não encontravam seguimento ou correspondência em todo o Decreto.

6. Face às alterações constantes do Decreto n.º 199/XIV, em especial, quanto à renúncia à exigência de a doença ser fatal, o Presidente da República, tendo expressado reservas, devolveu à Assembleia da República, sem promulgação, o Decreto n.º 199/XIV, tendo a respetiva legislatura, entretanto, terminado.

7. O CNECV não foi chamado a pronunciar-se sobre os textos finais que deram origem aos Decretos n.ºs 109/XIV e 199/XIV.

8. Tendo o BE, o PS e o PAN apresentado novos Projetos de Lei na atual legislatura, respetivamente, o Projeto de Lei n.º 5/XV/1ª, o Projeto de Lei n.º 74/XV e o Projeto de Lei n.º 83/XV/1, optou-se por um parecer conjunto, dada a elevadíssima semelhança entre ambos os articulados, salientando-se ainda que os projetos de lei correspondem, essencialmente, ao teor do Decreto n.º 199/XIV, ainda que com as alterações introduzidas com vista a ultrapassar as reservas do Presidente da República quanto à clarificação das opções tomadas.

II. Apresentação dos projetos de lei

Os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª do BE, n.º 74/XV do PS e n.º 83/XV/1 do PAN, que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal seguem, com ligeiras alterações, o teor do Decreto n.º 199/XIV, sendo a alteração mais substancial aquela que esclarece, na sequência no veto presidencial, a opção pelo conceito de “doença grave e incurável” (BE e PS) e “doença grave ou incurável” (PAN).

Os três Projetos de Lei encontram-se divididos em 6 capítulos: Capítulo I - Objeto; Capítulo II - Procedimento; Capítulo III - Direitos e Deveres dos Profissionais de Saúde; Capítulo IV - Fiscalização e Avaliação; Capítulo V - Alteração legislativa; Capítulo VI - Disposições Finais e Transitórias.

Os três projetos de lei respeitam o que poderá designar-se de modelo amplo de morte medicamente assistida quanto às condutas admitidas, ou seja, um modelo em que são admitidas tanto a conduta ativa do profissional de saúde (MMA *praticada* por profissional de saúde - denominada nos projetos de lei como “eutanásia”), como a conduta ativa do próprio doente (MMA *ajudada* por profissional de saúde - denominada nos projetos de lei como “suicídio medicamente assistido”).

Em termos de modelo de intervenção legislativa, os projetos de lei seguiram o modelo de despenalização – ou de justificação – semelhante ao existente em outros



ordenamentos jurídicos e já seguido pelos anteriores Projetos de Lei e Decretos da Assembleia da República anteriormente aprovados. O que significa serem mantidas as incriminações do homicídio a pedido da vítima (art. 134.º do Código Penal) e do incitamento ou ajuda do suicídio (art. 135.º do Código Penal), estabelecendo os projetos de lei uma causa de justificação², na qual são incluídos os casos de morte medicamente assistida, seja através de eutanásia ou suicídio medicamente assistida (art. 3.º, n.º 4, dos projetos de lei).

A circunstância de não ter existido uma descriminalização e de estar em causa uma despenalização é apanágio da valoração patente na solução legislativa, ou seja, manutenção da proteção penal da vida em sentido tendencialmente absoluto, acrescentando uma concreta ponderação de interesses jurídicos – o respeito pela autonomia do doente – em determinadas circunstâncias (sofrimento intolerável causado por lesão definitiva de gravidade extrema ou, na redação atual dos projetos de lei, doença grave e incurável (BE/PS)/grave ou incurável (PAN), em respeito da proporcionalidade constitucionalmente imposta pelo n.º 1 do art. 18.º da Lei Fundamental. Razão pela qual a determinação das circunstâncias se apresente, no contexto da ponderação em causa, de fundamental importância.

III. Reflexão ética

Dois dos projetos de lei (BE e PS) tomaram uma opção clara pelo conceito de “doença grave e incurável”, tendo no projeto de lei do PAN sido tomada a opção pelo conceito de “doença grave ou incurável”. Todos os projetos de lei prescindiram, assim, da exigência de a doença ser fatal, o que acarreta consigo uma escolha, resultante em uma nova ponderação entre a proteção da vida e o respeito pela autonomia do doente.

Os projetos de lei procuram sobrelevar o direito à autodeterminação e o direito ao desenvolvimento da personalidade do doente³, todavia, olhando para o procedimento de morte medicamente assistida, que deveria resultar como espelho desta sobrelevação da autonomia e do desenvolvimento da personalidade, surge uma abordagem de teor paternalista, contrária à atual compreensão do paradigma médico-doente.

Com efeito, nos projetos de lei surgem soluções procedimentais que contendem, justamente, com o princípio da autonomia do doente naquela que deve ser considerada a definitiva decisão vital de cada um.

² Os projetos de lei estabelecem, como alterações ao Código Penal, a introdução de um n.º 3 nos artigos 134º e 135º do Código Penal com o seguinte teor: “a conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º xx/aaaa”.

³ Como se salienta, p. ex., na Exposição de Motivos do Projeto de Lei n.º 5/XV/1ª, “não é aceitável, à luz de um princípio geral de tolerância e da articulação constitucional entre direito à vida, direito à autodeterminação pessoal e direito ao livre desenvolvimento da personalidade, negar o direito de, dentro de um quadro legal rigorosamente delimitado, se ver atendido o pedido para antecipação da morte sem que tal gere a penalização dos profissionais de saúde que, fieis ao comando de acompanhar os seus pacientes até ao fim, ajudem à satisfação de um tal pedido”.



1. O conceito de doença grave e incurável (BE/PS)/ doença grave ou incurável (PAN)

Comum aos Projetos de Lei n.º 5/XV/1(BE) e 74/XV(PS) e é a adoção do conceito de “doença grave e incurável”, como qualidades da patologia de que deve sofrer o doente, adotando o Projeto de Lei n.º 83/XV/1 o conceito, ainda mais amplo, de “doença grave ou incurável”.

Não obstante tal conceito vir definido na al. *d*) do art. 2.º dos projetos de lei do BE e do PS como “doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade” e no mesmo artigo do projeto de lei do PAN como “doença grave que ameace a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade” – fazendo-se notar a inclusão do definido na definição, o que é uma inaceitável falácia e redundância –, a verdade é que a adoção destes conceitos representa uma alteração substancial da limitação encontrada no primeiro Decreto aprovado (Decreto n.º 109/XIV), que fazia referência a “doença incurável e fatal”.

Apesar da menção da “ameaça à vida”/“ameace a vida” na definição, a fatalidade da doença enquanto qualidade intrínseca da mesma no conceito é prescindida nos projetos de lei, o que significa, inexoravelmente, um alargamento – ainda maior no caso do Projeto de Lei n.º 83/XV/1 (PAN) – do âmbito de aplicação da morte medicamente assistida através do aumento do universo de possíveis doentes requerentes. Pretendendo os projetos de lei sobrevalorizar a autonomia do doente e o seu direito ao desenvolvimento da personalidade em circunstâncias muito concretas, importa notar que o conceito constante do Decreto n.º 109/XIV correspondia a uma formulação de conciliação, através da utilização de um conceito mais restritivo, entre a ponderação feita nos artigos 134.º, 135.º e 139.º do Código Penal, de tendencial proteção absoluta da vida, quando em confronto com a proteção do direito à autodeterminação e o direito ao livre desenvolvimento da personalidade do doente, para que tal proteção da vida não signifique, para o doente, um dever de viver legalmente imposto.

A morte medicamente assistida – até ao Decreto n.º 109/XIV – pretendeu sobrevalorizar a autonomia e o livre desenvolvimento da personalidade nos estritos limites em que tal sobrevalorização conciliasse a referida ponderação e não fosse para além dela, ou seja, optando por uma solução mais ampla, que hipervalorizasse a autonomia e o livre desenvolvimento da personalidade. Tratando-se, nesta matéria, de uma ponderação, que se pretende ser própria da sociedade/comunidade, refletida na solução legal encontrada, o debate realizado na sociedade portuguesa orientou o legislador para a permissão (jurídica) de morte medicamente assistida em situações-limite (doença incurável e fatal).

O alargamento do universo de situações através da alteração do conceito não encontra, pois, correspondência na discussão havida na sociedade portuguesa,



corporizando, ainda antes da vigência do regime da morte medicamente assistida, a uma manifestação da rampa deslizante, face ao alargamento da permissão.

As situações-limite que se consideram poder fundamentar a permissão são aquelas em que o cumprimento do princípio da beneficência, da perspectiva do doente, já não é possível através das respostas tradicionais da medicina, tanto em termos de tratamento aceitável pelo doente como tal, como através dos cuidados paliativos. Em que a continuação da vida é contrária à vontade do doente. Estas situações, considerando o disposto no art. 24.º da Constituição da República Portuguesa, não podem ser compreendidas de modo expansivo, antes devendo sê-lo de forma restritiva.

Reconhecendo-se que a autonomia do doente tem um valor que pode fundamentar a intervenção do legislador em algumas situações em que a legislação penal vigente relativa à proteção da vida se concretize, no caso concreto, em um dever de viver para o doente, não pode ser esquecido que a proteção da vida é, e continuará a ser, a tarefa primeira do Estado. Esta procura de equilíbrio para situações-limite que norteia outras intervenções do legislador português é particularmente nítida na delimitação do universo de doentes que têm direito ao acesso a sedação paliativa (art. 8.º, n.º 1, da Lei n.º 31/2018, de 18 de julho), sendo já reconhecido, no mesmo diploma, um direito a não sofrer, para as pessoas “em contexto de doença avançada e em fim de vida” (art. 2.º). Por outras palavras, já existe uma densificação ético-axiológica vertida na legislação portuguesa que parece não ter sido considerada nas suas implicações para a delimitação das situações abrangidas pela morte medicamente assistida.

Daí que se, como refere a Exposição de Motivos do Projeto de Lei n.º 74/XV, “não se trata de retomar o longuíssimo debate material que atravessou duas legislaturas, debate esse que foi aberto à sociedade com uma profundidade ímpar” ou, como se indica na Exposição de Motivos do Projeto de Lei n.º 5/XV, “só formalmente se inicia um processo legislativo com esta iniciativa, pois a sua substância advém totalmente do percurso, debate e diálogo realizado na XIV legislatura”, não podem, ambos os projetos de lei, pretender ultrapassar o sentido do debate realizado na concretização do princípio geral da tolerância.

2. O conceito de sofrimento

A propósito dos conceitos, os projetos de lei definem ainda o conceito de “sofrimento”. Este conceito tem fortíssimas implicações éticas, sendo um dos pontos em que é visível uma diferença no Projeto de Lei n.º 74/XV (PS) relativamente aos Projetos de Lei n.º 9/XV (BE) e 83/XV/1. Enquanto primeiro define o conceito de “sofrimento de grande intensidade”, os segundos definem o conceito de “sofrimento”, ainda que a definição oferecida para ambos os conceitos seja idêntica: “sofrimento físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave e(PS/BE)/ou(PAN) incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa”.



Em termos éticos, como fundamento para o pedido de morte medicamente assistida, o sofrimento não pode equivaler-se na sua definição a sofrimento de grande intensidade, ainda que ambos considerados intoleráveis para o próprio doente, assim se manifestando a complexa apreensão do conceito da perspetiva de uma sua definição legal e possa explicar a ausência deste conceito do artigo definatório da lei espanhola⁴.

É inescapável a subjetividade do conceito de sofrimento, e é óbvio não haver uma métrica quantitativa ou qualitativa para o sofrimento, físico e psíquico, significando que o mesmo não pode deixar de considerar a perspetiva do próprio doente. E a ordem jurídica portuguesa recorre, em diversos diplomas atinentes a problemáticas conexas com o fim de vida, ao conceito de sofrimento: fá-lo na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, Base II, als. a) e d); Base III, n.º 1; Base IX, n.º 1 e n.º 2, al. a)) e na Lei n.º 31/2018 (arts. 1.º; 4.º; 5.º, n.º 3 e 8.º, n.º 1).

O recurso ao conceito e a assunção da sua subjetividade implicam, outrossim, que o sofrimento seja acompanhado numa perspetiva diacrónica e global, não sendo suficiente uma avaliação, decisiva, instantânea ou única da sua existência.

Contudo, o art. 3.º, n.º 1, dos projetos de lei, continua a exigir uma “situação de sofrimento intolerável”. O recurso à definição dos conceitos de, respetivamente, “sofrimento” e de “sofrimento de grande intensidade” no art. 2.º, al. f), dos projetos de lei, significa que nenhum destes conceitos encontra correspondência no n.º 1 do art. 3.º, o que determina incerteza no significado da exigência feita na lei, por o fundamento do “sofrimento intolerável” – que pode ser derivado de doença ou lesão – não se encontrar nas definições, gerando maior indeterminação quanto à exigência feita, face à dificuldade de compreensão da mesma.

Além da incongruência dos conceitos usados nos projetos de lei, importa sublinhar que no próprio Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 123/2021 foi já reconhecido que o conceito de sofrimento intolerável, não obstante indeterminado, é determinável (ponto 43). Pelo que a inclusão de uma definição de sofrimento no art. 2.º dos projetos de lei, além da sua incongruência face ao art. 3.º, n.º 1, apenas representa a definição do indefinível e uma desnecessidade, contribuindo ainda para um quadro de incerteza.

3. O respeito pela autonomia do doente

Como referem as exposições de motivos dos projetos de lei, em causa está a vontade dos proponentes em concluir um processo legislativo que visa libertar os doentes de uma visão paternalista, ao consagrar uma alternativa que permita o respeito pelos direitos à autodeterminação e ao livre desenvolvimento da personalidade.

⁴ O art. 3º da Ley Orgánica 3/2021, de 24 de março, correspondente ao artigo das definições, não inclui a definição de sofrimento.



Esse respeito apenas se cumpre com uma vontade livre do doente, vontade essa que não é absoluta e passa pelo crivo de médicos – podendo, neste contexto, questionar-se se, atenta a exigência de uma vontade livre, um deles não deveria ser um psiquiatra – e, finalmente, de uma decisão de uma Comissão de Verificação e Avaliação composta por cinco elementos.

Assim, algumas formulações propostas no âmbito do procedimento previsto no Capítulo II (artigos 4.º a 17.º dos projetos de lei) carecem de clarificação, sob pena de cumprirem desiderato inverso ao pretendido.

Um exemplo pode ser encontrado no art. 5.º, n.º 3, onde se refere “Se o parecer do médico orientador não for favorável à *morte medicamente assistida (PS)/antecipação da morte (BE)(PAN)* do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.”

Ainda que o n.º 1 do art. 5.º refira que o parecer deva ser fundamentado quanto ao cumprimento dos requisitos referidos no art. 3.º, ou seja, os requisitos materiais, quanto ao sofrimento, à patologia e à decisão do doente e os requisitos formais quanto à idade e nacionalidade/residência legal do doente, o médico orientador vem definido, nos termos da al. g) do art. 2.º dos projetos de lei, como o “médico indicado pelo doente que tem a seu cargo coordenar toda a informação e assistência ao doente, sendo o interlocutor principal do mesmo durante todo o processo assistencial”.

Face a esta formulação, e atendendo, também, ao proposto no art. 4.º, n.º 2, dos projetos de lei, em que o “pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente como médico orientador”, resulta que o médico orientador, não obstante ser indicado pelo doente, não tem de ser da confiança do doente – podendo não conhecer o doente nem a sua história pessoal e clínica –, nem tem de ser especialista na patologia que afeta o doente.

Nesta sequência, salvo os aspetos formais atinentes à idade e à nacionalidade/residência legal do doente, a fundamentação do médico orientador poderá não assentar em razões procedentes, tanto por desconhecimento do doente, como por falta de domínio da patologia. *In limine*, sem que se exija, pelo menos, que o médico indicado pelo doente seja da sua confiança, será ao médico orientador que caberá, em um primeiro momento, a verdadeira decisão sobre a morte medicamente assistida, por os elementos acedidos do historial clínico do doente, imperativamente assumidos como elemento essencial do parecer do médico orientador, nos termos do art. 4.º, n.º 3, dos projetos de lei, ser manifestamente insuficiente para poder caracterizar a vontade de uma pessoa doente como séria, livre ou esclarecida.

Com efeito, apenas na compreensão do médico orientador como um *hospes* e como um *amicus* (José de Faria Costa) – sendo já desde Platão, no *Lysis*, o médico amigo do doente –, terá sentido a sua indicação como tal, em respeito do princípio ético da



compaixão, em sentido laico, pois é tal médico que conhece a pessoa doente e em que esta confia para a acompanhar na derradeira decisão vital. Sabendo-se que existem doentes ainda sem médico de família, apenas a acentuação e a exigência desta relação de confiança poderá permitir que o pedido não corresponda a um completo abandono do doente.

A atual formulação do n.º 3 do art. 4.º dos projetos de lei, permitindo que qualquer médico indicado pelo doente seja o médico orientador, poderá levar a que se venha a formar uma lista de médicos orientadores que se saiba não serem, p. ex., objetores de consciência, desvirtuando, deste modo, os fundamentos éticos que presidem à escolha do médico - e não qualquer outro profissional - como destinatário primeiro da decisão do doente e, podendo abrir portas a uma mercantilização da morte medicamente assistida, fragiliza, para lá do eticamente aceitável, o valor primeiro da vida humana.

Ainda no patamar do respeito pelo princípio da autonomia, outras formulações dos projetos de lei colocam algumas dúvidas, parecendo resultar em uma abordagem de teor paternalista da vontade do doente.

No art. 10.º, n.º 1, dos projetos de lei, não resulta claro quem decide quais as pessoas que podem estar “aquando da administração dos fármacos letais”.

Com efeito, além do médico orientador e outro profissional de saúde, parece resultar da formulação proposta que poderão ainda estar presentes outros profissionais de saúde, como, por exemplo, pessoal de enfermagem, por indicação do médico orientador, mas que as pessoas indicadas pelo doente apenas poderão estar presentes, desde que o médico orientador considere existirem condições para tanto.

Importa compreender que, em muitas situações, o doente pretenderá que o ato de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido se realize em sua casa e não, necessariamente, no hospital.

A ser assim, tratar-se-ia de um manifesto desrespeito pela vontade do doente, dado que o mesmo, no seu próprio procedimento de morte medicamente assistida, não tem uma palavra a dizer sobre a presença de outros profissionais de saúde nem, segundo parece, a presença das pessoas por si indicadas.

Também no art. 13.º, n.º 3, dos projetos de lei, é o médico orientador que certifica as condições de conforto do local escolhido pelo doente quando não seja um dos locais indicados no respetivo n.º 2, ou seja, “estabelecimento de saúde do SNS e dos setores privado e social, devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde e dispondo de internamento e de local adequado com acesso reservado”.

Não colocando em causa que a certificação de condições clínicas não pode estar na esfera do doente, o mesmo já não se pode afirmar quanto às condições de conforto, as quais, referindo-se ao conforto do doente - e não ao procedimento clínico de morte



medicamente assistida –, devem ser por este, pelo menos, também apreciadas. Não faria qualquer sentido, tratando-se do respeito e concretização da vontade do doente, que o próprio não tenha qualquer palavra a dizer sobre o seu próprio conforto. Isso não será respeitar a autonomia do doente, mas antes torná-lo objeto da sua própria decisão, em uma visão paternalista inaceitável da decisão do doente.

No art. 16.º, n.º 4, dos projetos de lei, condiciona-se o acesso do doente ao Registo Clínico Especial (RCE) à sua solicitação ao médico orientador, tornando o acesso do doente contingente e não livre. Tratando-se do registo clínico do procedimento relativo à decisão vital do doente, não devem existir quaisquer condicionantes no respetivo acesso, atendendo, ainda, ao princípio de livre acesso aos dados pessoais e de saúde.

Não é compreensível, em projetos de lei que se fundamentam no princípio do respeito pela autonomia do doente, que possam ser encontradas formulações legais que ponham em causa o respeito por essa mesma autonomia.

Mas outras formulações suscitam ainda reserva quanto às suas implicações no respeito pela autonomia do doente e mesmo na sua assunção.

Nos artigos 5.º, n.º 1 e 6.º, n.º 4, dos projetos de lei, refere-se a reiteração da “decisão” do doente, na sequência dos pareceres favoráveis, respetivamente, do médico orientador e do médico especialista. Contudo, nos artigos 7.º, n.º 5 e 8.º, n.º 4, relativos à decisão do doente após os pareceres do médico especialista em psiquiatria e da CVA, refere-se “decisão consciente e expressa”, quase parecendo significar que as decisões mencionadas nos artigos 5.º, n.º 1 e 6.º, n.º 4 não são conscientes e expressas, ainda que qualquer uma das decisões em causa tenha como premissa a vontade atual, séria, livre e esclarecida do doente. Devendo todas as decisões do doente ser decisões conscientes e expressas, não tem qualquer fundamento ético qualificar apenas as decisões de reiteração de vontade do doente após o parecer do médico psiquiatra e o parecer da CVA como decisões conscientes e expressas, dado que todas as decisões de reiteração de vontade do doente, ou são conscientes e expressas ou não poderão considerar-se corresponderem a uma vontade atual, séria, livre e esclarecida do doente.

Por outro lado, no art. 5.º, n.º 2, dos projetos de lei, refere-se uma “declaração”, quando se trata, no caso, de uma reiteração de uma decisão do doente e não de uma mera declaração.

Finalmente, pretendendo-se nos projetos de lei a salvaguarda de uma verdadeira decisão livre e informada do doente, em pleno respeito da sua autonomia, a redação do art. 19º, al. i) dos três projetos de lei fica aquém do que seria desejável. A previsão do dever do médico orientador de “assegurar o acompanhamento psicológico do doente” não garante que no primeiro momento de exteriorização de uma decisão vital – a formulação do pedido – seja oferecido o referido acompanhamento. Atendendo ao significado da formulação do pedido, é essencial que tal decisão possa ser



acompanhada por um psicólogo, se o doente assim o desejar, desde o primeiro momento.

4. O acesso a cuidados paliativos

Além da colocação em causa do princípio da autonomia, a atual redação do n.º 5 do art. 4.º, dos projetos de lei, induz a uma leitura não conforme com o princípio da igualdade. Ali se refere que “ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos”, mas é preciso que eles existam e sejam de excelência, o que não sucede com cerca de 80% dos doentes que deles necessitam, o que poderá colocar sérias dúvidas sobre a real existência de uma livre alternativa.

Em primeiro lugar, importa salientar que, não obstante a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, o Estado não garante o acesso de todos os cidadãos, que o queiram, a cuidados paliativos, face às limitações da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Em segundo lugar, pretendendo-se que o pedido de abertura do procedimento, referido no n.º 1 do art. 4.º dos projetos de lei, seja baseado em uma decisão “cuja vontade seja (...) livre” (art. 3.º, n.º 1), o Estado tem de explicitar a garantia dada, nos termos do n.º 5 do art. 4.º dos projetos de lei, de acesso a cuidados paliativos ao doente que formula tal pedido.

Contudo, ainda que tal garantia possa visar assegurar a existência de uma vontade livre, não condicionada pela ausência de alternativa, vem a discriminar os doentes que, também se encontrando em sofrimento, por doença ou lesão, não pretendam formular o pedido de abertura de procedimento clínico de morte medicamente assistida, pretendendo, antes, ter acesso a cuidados paliativos. O que não respeita o princípio da igualdade, discriminando, em termos de garantia de acesso, entre os doentes que formulem o pedido e aqueles que não o formulem.

5. A composição da CVA

No artigo 25.º é indicada a composição da Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de *Morte Medicamente Assistida (PS)/ Antecipação da Morte (BE/PAN)*, de forma abreviada, CVA, à qual compete, nos termos do art. 8.º, n.º 1, dos projetos de lei, a emissão de parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases do procedimento.

Atentas as intrincadas implicações da morte medicamente assistida – já salientadas em anteriores Pareceres do CNECV – torna-se desproporcional que nessa Comissão apenas esteja obrigatoriamente um médico, especialmente quando a mesma integra na sua composição dois juristas. Deve salientar-se que a morte medicamente assistida poderá ter influência necessária na compreensão do ato médico, da profissão médica e da própria relação médico-doente, pelo que a limitação a um médico é claramente



insuficiente para a verificação e validação dos procedimentos clínicos de morte medicamente assistida, especialmente considerando que o procedimento, em particular, os pareceres, são formulados por médicos.

Pretendendo-se assegurar o acompanhamento dos procedimentos clínicos de morte medicamente assistida, de modo a garantir que os mesmos assentam no respeito pela autonomia do doente, é fundamental que integre a CVA mais um médico, indicado pela Ordem dos Médicos. Ademais, atendendo ao direito de acompanhamento psicológico concedido ao doente, nos termos do art. 19.º, al. i), dos projetos de lei, deveria ainda integrar a Comissão um psicólogo clínico, indicado pela Ordem dos Psicólogos. Apenas com esta composição poderá a CVA fazer uma efetiva verificação e validação dos procedimentos clínicos de morte medicamente assistida.

Primordial é ainda que a avaliação feita pela CVA, prevista no art. 27º dos três projetos de lei, seja uma avaliação de qualidade e não meramente administrativa ou burocrática, ficando por esclarecer, nos projetos, como deverá ser garantida uma avaliação isenta. Especialmente não sendo indicados prazos nos projetos de lei para o procedimento de morte medicamente assistida, esta avaliação representa um importante instrumento de análise, balanço e reflexão relativos uma nova realidade na sociedade portuguesa, pelo que importa garantir a sua qualidade.



PARECER

O CNECV, reconhecendo a pluralidade de mundivisões sobre as decisões de fim de vida, e considerando as posições por si anteriormente assumidas em matéria de morte medicamente assistida e a evolução do processo legislativo da morte medicamente assistida em Portugal e os fundamentos invocados para legitimar a intervenção legislativa,

É de parecer que os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN) que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal:

- alargam sem qualquer fundamento o âmbito da morte medicamente assistida através da mera exigência de doença grave e incurável, ou mesmo apenas grave ou incurável, não respeitando o princípio da proporcionalidade;

- desconsideram o fundamento ético em que assenta a limitação do médico como destinatário do pedido, ao não exigir que o médico orientador seja um médico da confiança do doente;

- não valorizam adequadamente a disponibilidade de acompanhamento psicológico nos processos de tomada de decisão em situações de intenso sofrimento;

- não respeitam o princípio da igualdade entre doentes que pedem a morte medicamente assistida e os doentes que não a pedem, devendo o acesso a cuidados paliativos ser garantido a todos os cidadãos que deles necessitem.

Lisboa, 9 de junho de 2022.

A Presidente, *Maria do Céu Patrão Neves*.

Relatores: *Inês Godinho e Miguel Oliveira da Silva*.

O presente parecer foi aprovado no dia 9 de junho de 2022, na 266ª reunião plenária do CNECV, em que estiveram presentes os/as Conselheiros/as:

Maria do Céu Patrão Neves (Presidente); André Dias Pereira (Vice-Presidente); Carlos Maurício Barbosa; Inês Fronteira; Inês Godinho (por meios telemáticos); João Ramalho-Santos; José Pereira de Almeida; Luís Duarte Madeira; Margarida Silvestre; Miguel Oliveira da Silva; Miguel Ricou; Paula Pinto de Freitas; Pedro Fevereiro; Rosalvo Almeida.



DECLARAÇÃO

CONSELHEIRO ANDRÉ DIAS PEREIRA

1. O CNECV reconhece e respeita a pluralidade de mundivisões existentes na sociedade portuguesa sobre as decisões de fim de vida

O Parecer do CNECV, de 9 de junho de 2022, configura uma contribuição para que uma futura lei – que poderá vir a despenalizar e a regular a eutanásia e o suicídio assistido – possam corresponder a um modelo que respeite a pluralidade de mundivisões existentes na sociedade portuguesa sobre as decisões de fim de vida.

Com efeito, há alguns setores da sociedade e, como se tem verificado pelas expressivas e repetidas votações parlamentares (em diferentes legislaturas), com amplo assento na Assembleia da República, que entendem que não deve ser censurada, pelo Direito Penal, a possibilidade de tomar a dramática decisão de evitar sofrimento intolerável, no caso de doença grave e incurável ou de lesão definitiva, através da ‘morte medicamente assistida’ (*rectius*, ajudada). Provavelmente, será sempre uma parcela muito diminuta dos cidadãos a optar por este caminho. Aliás, mesmo nos Países Baixos, onde estes procedimentos não são criminalmente punidos, há cerca de cinco décadas, não se ultrapassa o número de 5% de mortes através destas decisões.

O CNECV, com o Parecer ora aprovado, reconhece este pluralismo e visa, com alguns dos contributos presentes no Relatório, promover o aperfeiçoamento de alguns detalhes de redação.

2. “Doença grave e incurável” como conceito tão ou mais limitador que a chamada “doença incurável e fatal”

Todavia, a maioria do CNECV que aprovou o Parecer faz uma interpretação do conceito de “doença grave e incurável” como sendo mais ampla do que a redação aprovada anteriormente, designadamente no Decreto n.º 109/XIV, que fazia referência a “doença incurável e fatal”.

Por isso, votei contra essa parte do Parecer, acompanhando outros Conselheiros. Entendo que esta é uma interpretação que não considera o elemento sistemático e teleológico da interpretação jurídica. Com efeito, a designação “doença incurável e



fatal" usada no referido Decreto em nada pode ser considerada *menos abrangente* do que, tal como extensamente definida, na Proposta do BE e do PS, *"uma doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível"*.

Bem pelo contrário! Doença fatal é aquela que não tem cura, ou seja, que é incurável. As Propostas do BE e do PS ora em análise exigem que, para além de a doença ter que ser *incurável*, tem que ser *grave*, e ainda, como resulta do esforço de densificação e delimitação do conceito apresentado, tem que ser *"uma doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível"*. Ou seja, um quadro clínico bem mais delimitado e uma situação de patologia que *ameace a vida em fase avançada* do que a simples referência uma *"doença fatal"*; uma *patologia progressiva* e não meramente *"fatal"*; uma doença *incurável e irreversível* e, por isso, fatal!

Um processo democrático leal não se compadece com um *"fetiche"* linguístico, antes com o rigor argumentativo e com uma interpretação que considere a norma no seu contexto e com respeito pelo sentido objetivo dos conceitos utilizados.

Não posso deixar ainda de assinalar que a questão da *"fatalidade"* há muito foi superada (neste longo e participado processo de regulamentação da morte medicamente assistida) pela aceitação da eutanásia e do suicídio assistido nos casos de *"Lesão definitiva de gravidade extrema"*. A qual é caracterizada como *"lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca 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 muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa"*.

Ou seja, nem nestas Propostas, nem nos diplomas anteriormente aprovados, se exigia que esta *"lesão definitiva"* fosse *"fatal"*, pelo que não pode deixar de surpreender que este Parecer coloque tamanho empenho em denunciar a ausência do requisito de *"fatalidade"* no que respeita à *"doença grave e incurável"*, sem considerar a forte densificação do conceito operada nos Projetos do BE e do PS, e que se repete: *"uma doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível"*.

3. A mais valia do acompanhamento psicológico

O debate no plenário do CNECV enriqueceu este Parecer, ao apelar à necessidade de ser garantido um acompanhamento por um psicólogo destas pessoas em situação de crise existencial. A Psicologia não visa orientar a pessoa, antes dar-lhe instrumentos para atenuar o sofrimento e tomar uma decisão mais livre e informada. É fundamental que



todo este processo seja visto de forma humanizada e respeitadora da individualidade da pessoa, e não um ato burocrático e “desacompanhado”.

Por seu turno, a sugestão de acrescentar a presença de um psiquiatra ou de um psicólogo na Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de *Morte Medicamente Assistida (PS)/ Antecipação da Morte (BE/PAN)*, parece-me burocrática e não leva em conta a índole específica destas profissões que se querem operantes junto dos doentes, em proximidade com as pessoas, e não distantes, num gabinete de verificação e avaliação de procedimentos.

Essa mesma exigência de proximidade com o doente levaria a que – no plano ético – se devesse contar com um “médico orientador” que fosse o “médico assistente” ou o “médico de família” do doente que pede a ‘morte medicamente assistida’. Todavia, estamos cientes que muitos médicos de família e médicos assistentes poderão invocar o seu direito à objeção de consciência, que está consagrado na Constituição e na lei.

De todo o modo, esta recomendação do CNECV interpela de forma aguda a Ordem dos Médicos e a comunidade médica, em geral, no sentido de encetarem uma reflexão séria sobre esta nova realidade social e a necessidade de adaptar a compreensão da profissão também para estas decisões de fim de vida, que alguns cidadãos possam vir a querer tomar.

Seria ilegítimo que o legislador forçasse cada um dos médicos de família ou médicos assistentes a participar num processo, pelo que a crítica feita no Relatório não deverá verdadeiramente ser entendida como dirigida apenas ao legislador.

Coimbra, 9 de junho de 2022

André Dias Pereira



DECLARAÇÃO

CONSELHEIRO ROSALVO ALMEIDA

(Declaração de voto vencido na aprovação do projeto de Parecer do CNECV)

A. Lamentavelmente, enraizou-se no léxico comum a expressão “morte medicamente assistida”, validando um falso cognato (pares de palavras que parecem ser cognatos por causa de sons e significados semelhantes, mas têm etimologias diferentes) que dificilmente desaparecerá - a boa tradução de *assisted*, neste contexto, é “ajudada”. Se adotássemos “morte medicamente ajudada” (MMA), acabaríamos com a alegação de que afinal todas as mortes devem ter (boa) assistência médica. O Parecer deveria apontar este erro.

B. Apesar de o Parecer se não pronunciar sobre a eticidade da questão central - a não punição de quem ajuda pessoa maior doente e em sofrimento extremo a pôr termo à vida - e de o relatório que o fundamenta conter algumas críticas justas e construtivas aos projetos de lei, discordo, entre outras, da afirmação de que os projetos de lei entram em contradição sobre o respeito pela autonomia do doente. A autonomia não é um valor absoluto (se fosse, nem seria preciso lei que balizasse as condições em que a ajuda é legítima), nem o paternalismo é um mal em si (se fosse, os pais deixariam de orientar os seus filhos). Dar acesso a MMA a quem a solicite não parece uma condição limitadora. Errado seria dar a quem a não solicite ou a quem se lhe oponha.

C. A proposta de aumentar o número de elementos da Comissão de Verificação e Avaliação põe em risco a sua eficácia. A exigência de um psiquiatra e/ou de um psicólogo na CVA não implica necessariamente vantagem. Os membros da CVA devem ser, sobremaneira, personalidades reconhecidamente isentas e sensatas que monitorizam os procedimentos previstos na lei e detetam desvios, rampas escorregadias, mercantilização, etc. Seria aceitável que o elemento designado pelo CNECV, em vez de “um especialista em bioética”, fosse “um médico com reconhecida competência em bioética”. Seria desejável, para a boa escolha, que os membros da CVA só tomassem posse depois de uma audição individual e pública junto da Comissão Parlamentar da Saúde da Assembleia. Seria importante que a lei atribuísse explicitamente aos membros da CVA o caráter de independência perante as entidades designantes (inamovibilidade depois da posse, salvo situações excecionais), bem como lhes impusesse um especial dever de reserva.

D. Embora haja ordenamentos jurídicos onde é necessário haver um prognóstico fatal previsível a um determinado tempo (p. ex. 6 meses), a dificuldade de fixação de um tal prazo e o prolongar por anos de um reconhecido sofrimento extremo causado por



certas doenças graves e incuráveis leva, a meu ver, a que o respeito pela vontade do doente deva ser considerado mesmo sem a aproximação do fim de vida natural. Por tal razão e ainda por não haver diferença moral plausível entre respeitar a autonomia de doentes com doenças de terminais ou com doenças persistentes, discordo que a formulação encontrada nos projetos de lei seja dita desproporcional.

E. Não tem sustentação lógica a afirmação de que se torna “o doente em objeto da própria decisão”. Afinal, qualquer decisão sobre o final de vida de uma pessoa só pode ser tomada pelo próprio e só pode ter por objeto a própria pessoa.

F. Ser o “médico orientador” escolhido pelo doente pressupõe que há grau de confiança quanto baste. Escrever na lei que o doente tem de invocar essa confiança parece-me pernóstico ou, pelo menos, não essencial. Ao contrário do afirmado, o acesso a cuidados paliativos não é diferenciado por efeito da legislação em apreço. Garantir que ao doente que, querendo, tem o acesso a cuidados paliativos não parece ser um privilégio, mas antes algo que se opõe a uma errada interpretação que alguém possa ter - se pedes MMA, já não terás cuidados paliativos!

G. Todos sabemos que em Saúde e, especialmente, no exercício da Medicina não é possível desenhar soluções para todos os dilemas e problemas garantidamente certas e limpas de incertezas, nomeadamente os que têm dimensão ética. O recurso a algoritmos, com ou sem apoio em técnicas de inteligência artificial, (ainda) não permite elaborar leis e normas perfeitas e sempre haverá possibilidade de as melhorar. Por tais razões, o exposto no relatório que acompanha este Parecer deve ser entendido como um contributo para um indispensável aperfeiçoamento dos projetos de lei sob análise.

H. Não tendo tido vencimento o público reconhecimento por parte do CNECV do esforço do legislador para encontrar uma formulação que seja o mais possível próxima da justa medida (respeita a autonomia decisional da pessoa em sofrimento quanto ao termo da sua vida; define as condições de excecionalidade e os passos procedimentais que impedem abusos ou aproveitamentos por parte de terceiros, assim como, ao mesmo tempo, previne atitudes precipitadas ou irrefletidas por parte do doente), só me restou votar contra o Parecer.

Porto, 9 de junho de 2022

Rosalvo Almeida



DECLARAÇÃO

CONSELHEIRO MIGUEL RICOU

Independentemente do meu voto favorável ao presente Parecer, perseguindo uma filosofia de promoção de consensos dentro do Conselho que, entendo, deverá plasmar o ideal de uma sociedade coesa e participativa, entendo dever destacar alguns pontos que considero relevantes para esta discussão e, sobretudo, deveriam ser considerados na legislação.

1. Do termo “Morte Medicamente Assistida”

Desde sempre considero que o termo “Morte Medicamente Assistida” é pouco rigoroso e que, dificilmente, que não por alguma tradição, é suficientemente figurativo daquilo que está em causa num processo desta natureza (Marina, Maia & Ricou, 2019). Pode apontar para um procedimento que não implique uma antecipação do momento da morte, que é precisamente aquilo que está em causa nestes projetos de lei, mas “apenas” uma assistência médica ao processo de morrer com vista à mitigação do sofrimento, que será aquilo que qualquer pessoa espera numa sociedade como a nossa. O conceito “Morte Medicamente Antecipada” seria mais rigoroso e esclarecedor quando o que se pretende é promover um processo de eutanásia ou suicídio assistido, considerando que, neste projeto de legislação, apenas os médicos poderão levar a cabo estes processos. De outro modo, “Morte Antecipada” seria suficiente uma vez que retrata, de facto, aquilo que é pretendido pelo doente que a solicita.

2. “Doença grave e incurável” e “Lesão definitiva de gravidade extrema”

O Parecer do CNECV considera uma interpretação do conceito de “doença grave e incurável” como sendo mais ampla do que a redação aprovada anteriormente, designadamente no Decreto n.º 109/XIV, que fazia referência a “doença incurável e fatal”. Considero que, a partir da definição existente - “uma doença que *ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível*” - isso mesmo não se verifica. Mais, e aceitando como verdadeiro, o que não concedo, o argumento que se perde a exigência de uma doença fatal, considerando que a “Lesão definitiva de gravidade extrema”, já presente no Decreto n.º 109/XIV, desde sempre não considerou essa exigência, entendo que o alargamento do âmbito da morte medicamente assistida não existe.

Entendo sim, que estas propostas deveriam considerar a exigência de um período mínimo de tempo entre a solicitação da antecipação da morte e a sua concretização (que poderia ser diminuído em casos devidamente justificados), incluindo uma diferença



no processo de solicitação da antecipação da morte entre os doentes com “doença grave e incurável” e os doentes com “lesão definitiva de gravidade extrema”. Existe sempre um processo de adaptação da pessoa a uma realidade difícil, emocionalmente exigente, como será a presença de uma doença ou lesão deste tipo. No fundo, trata-se de um processo de adaptação (semelhante a um processo de luto) que a pessoa terá que atravessar, que tem impacto sério nos processos de tomada de decisão. Por isso mesmo o acompanhamento psicológico pode ser muito importante nesta fase. Está claro, na escassa literatura científica existente (Marina, Wainwright, & Ricou, 2020) que o processo de adaptação à doença ou à lesão é, tendencialmente, diferente, sendo que por isso mesmo deveria existir um período de tempo mais extenso para as pessoas que sofrem de uma lesão definitiva, por natureza não evolutiva.

3. Dos relatos dos processos

Entendo ser muito importante que todos os processos de morte antecipada sejam devidamente relatados e tornados públicos (com a devida anonimização) no que diz respeito à estatística associada, nomeadamente, o número de pedidos aceites, rejeitados e concretizados e os motivos associados, os diagnósticos das pessoas, o local onde se realizou o procedimento, o tipo de cuidados paliativos prestados, e o tempo que mediou entre o pedido e a realização do processo de morte antecipada. Trata-se de um processo sensível que se pretende não gere dúvidas entre a população e que sirva de reforço da relação entre as pessoas e os profissionais de saúde. Do mesmo modo, será muito importante que sejam processo escrutinados e objeto de investigação a fim de se poder melhorar, ao longo do tempo, a legislação e deste modo contribuir para uma maior justiça e para melhor corresponder ao melhor interesse dos doentes.

Porto, 14 de junho de 2022

Miguel Ricou

Referências

Marina, S., Costa-Maia, I., & Ricou, M. (2019). Definição do Conceito de Morte Antecipada em Português. *Acta Medica Portuguesa*, 32(6), 474-474. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.12359>

Marina, S., Wainwright, T., & Ricou, M. (2020). The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. *International Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/ijop.12680>



DECLARAÇÃO

CONSELHEIRO JOÃO RAMALHO-SANTOS

João Ramalho-Santos declara ter votado contra dois pontos do parecer por considerar que as objeções levantadas são suficientemente abordadas nas propostas legislativas em causa, com as quais genericamente concorda.

Coimbra, 14 de junho de 2022

João Ramalho-Santos