



## ORDEM DOS MÉDICOS

### PARECER

**Parecer do CNEDM (CNEDM48) sobre soluções médicas para o fim da vida e o Projeto de Lei N.º 104/XIV/1.ª (PS), que «Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática da eutanásia não punível»**

O Projeto de Lei em consideração pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (CNEDM) é, na sua essência, sobreponível ao Projeto de Lei do Partido Socialista, 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 do 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*



## ORDEM DOS MÉDICOS

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:

- 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;*
- e) *Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos;»*

Não deve sofrer controvérsia que muito está por fazer nesta área de cuidados para o fim da vida, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. E ninguém poderá negar que é esta a trave mestra de cuidados para suavizar a morte, tratando sempre que possível, cuidando, aliviando, confortando sempre, com cuidados adequados e proporcionados, com dignidade e bom senso, sem manobras ou tratamentos fúteis ou inúteis, no respeito pela pessoa do doente. Respeito esse que se baseia no reconhecimento do direito a ser informado, direito ao consentimento e recusa de tratamentos, cujos princípios de base constitucional são explicitados na Lei N.º 15/2014 sobre «**Direitos e Deveres dos Utentes**».

Na recente Lei N.º 31/2918, legisla-se sobre «Direitos das Pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida», “consagrando o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada, e prevendo medidas para a realização desses direitos” (Art.º 1 -1). No Art.º 8.º - 1, estabelece-se o seguinte:

*«As pessoas com prognóstico vital estimado em semanas ou dias, que apresentem sintomas de sofrimento não controlados pelas medidas de primeira linha previstas no nº 1 do artigo 6.º (Cuidados Paliativos), têm direito a receber sedação paliativa com fármacos sedativos devidamente titulados e ajustados exclusivamente ao propósito de tratamento do sofrimento, de acordo com os princípios da boa prática clínica e da legis artis.»*

Nesta legislação recente, que carece de meios adequados para assistir a maioria das pessoas nesta situação tanto no plano prático assistencial, como educativo e cultural, não se entrevê nada em que possa caber a solução terminal preconizada no Projeto de Lei para legalizar as condições para a “eutanásia não punível”, através de uma alteração do Código Penal (CP). Pelo contrário, o Projeto de Lei N.º 104 situa-se em contradição com as leis vigentes, como um corpo



## ORDEM DOS MÉDICOS

estranho.

Não há nenhuma necessidade assistencial que possa justificar as medidas contidas no projeto de lei, que parece fundamentar-se num empolamento doutrinário baseado em legislações de uns poucos países e que têm evidenciado desvios perigosos pelo progressivo alargamento das práticas de execução da morte a pedido do doente.

### **2- A questão da eutanásia e do suicídio assistido em Portugal**

No Projeto de Lei N. 104., citamos o Artigo 2.º, “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”, cujo pedido obedece a “um procedimento clínico e legal, correspondendo a uma vontade atual, séria, livre e esclarecida”.

Os autores deste Projeto optaram por designar como o mesmo termo de “eutanásia”, a prática do “homicídio a pedido da vítima” (artigo 134.º do Código Penal) e “O incitamento e ajuda ao suicídio” (art.º 135), nas circunstâncias definidas no projeto de lei, acrescentando-se alíneas suplementares ao articulado. Este sincretismo contraria a forma como habitualmente se conceptualiza esta questão, pois há países em que só é permitido o chamado “suicídio assistido” (Suíça, alguns Estados dos EUA), presumindo que o procedimento em que a substância letal é fornecida, mas o ato de morte é executado autonomamente pelo próprio (Suicídio Assistido), é diferente da administração direta da substância letal por outra pessoa (Eutanásia). Aliás, no CP é graduada a diferença.

De notar que no nosso país, diferentemente de outros em que esta inovação foi legislada na sequência de julgamentos (Holanda e Bélgica), não se conhece nenhum caso de penalização com base nos artigos citados do Código Penal. O que traduz uma ausência de necessidade concreta e apurável dessa prática no plano judicial em Portugal, evidenciando que as iniciativas legislativas partiram de uma campanha de sensibilização mediática. Em contraste, tiveram muito menor ressonância pública, todas as anteriores iniciativas legislativas, referentes aos cuidados em fim de vida, cuja aplicação e necessidade é muito mais abrangente e com insuficiências reconhecidas.

Uma parte substancial do preâmbulo do Projeto de Lei N.º 104 é uma argumentação que visa dissipar dúvidas sobre a constitucionalidade da matéria contida na iniciativa legislativa. A tentativa de banalização é logo esboçada no título do projeto, quando se insere que é a “50.ª alteração ao Código Penal” ... Os proponentes fazem fé em que o Projeto de Lei não colide com o preceituado nos artigos 24º (O direito à vida é inviolável) e 25ª (O direito à integridade Física e Moral da pessoa é inviolável) da Constituição da República Portuguesa.

É legítimo pensar que a inviolabilidade do direito à vida e à integridade física não se compatibiliza com uma espécie de novo “direito à morte” (a ser morto), com o patrocínio do Estado de Direito, fazendo letra morta do texto constitucional ou através de uma espécie de *bypass* retórico. As alterações constitucionais decorrem de necessidades emergentes, para que o tecido constitucional não seja ferido por interpretações subentendidas.

Ao ser necessária a intervenção de um médico para aceitar o pedido de matar ou proporcionar ao doente os meios para tal (consoante se trate de eutanásia ou de suicídio assistido), o doente perde a autonomia e remete-a para o “médico orientador”, assim designado no Projeto 104. Este acolhe o pedido e decide aceitá-lo mediante uma confirmação de quesitos pré-definidos



## ORDEM DOS MÉDICOS

na lei para a triagem do caso, e, depois, a aprovação formal por uma Comissão de 5 elementos, no prazo máximo de cinco dias úteis. A autonomia do doente cinge-se à iniciativa do pedido, condicionado certamente pela doença e pelo sofrimento, mas, como se sabe, também por fatores do contexto, assistenciais, familiares, morais e psicológicos, de prováveis carências e insuficiências, vividas dramaticamente.

A despenalização da “antecipação da morte” é configurada no Projeto de Lei N.º 104 como uma prestação autorizada, institucionalizada em serviços públicos ou privados (ou no domicílio), segundo certas normas e procedimentos, envolvendo oficiosamente profissionais da saúde, juristas e outros.

Há uma importante questão que deve ser colocada. Visto que o título e todo o articulado do projeto de lei 104 se organiza com base na ideia de “antecipação da morte”, situando o processo no tempo e na duração da vida, teria de haver lugar para se definir um prognóstico, delimitar um prazo. Tal não é feito. Em algumas leis estabelece-se a condição de “doença terminal”, com um prazo de vida provável de menos de seis meses. Neste projeto de lei o prazo fica indeterminado, indefinindo o tempo de antecipação, para o caso de “doença incurável e fatal”. Há inúmeras doenças “incuráveis e fatais”, sem que se possa prever o prazo do exitus natural. Em relação aos casos de “lesão definitiva”, não sendo, por hipótese, a lesão fatal, como se poderá falar de “antecipação”? Esta falha na conceptualização do projeto de lei é difícil de contornar e é inerente à dificuldade intrínseca deste tipo de procedimentos, que não se coadunam com os princípios da medicina.

Este projeto de “morte a pedido” insere-se dentro da questão mais geral dos cuidados para o fim da vida e respetivos procedimentos médicos, envolvendo soluções distintas em diferentes países. Presentemente, apenas três países europeus legalizaram a eutanásia e o suicídio assistido (Holanda, Bélgica e Luxemburgo) e um despenalizou o suicídio assistido (Suíça). A grande maioria dos países da Europa, Ásia e América não consentem a eutanásia, resolvendo os complexos problemas do fim da vida, sem esse radicalismo, com base nos princípios e progressos da medicina e em respeito pela autonomia da pessoa em sofrimento.

Cumprir 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. A nossa situação seria talvez idêntica à da Colômbia...

O Parecer emitido pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida a propósito do Projeto do PAN (apresentado na anterior legislatura), aplicável a todos os projetos agora reapresentados, 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 receber, de um modo universal, quer em instituições de saúde, quer no*



## ORDEM DOS MÉDICOS

*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.»*

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 104, agora reposto na Assembleia da República.

Tenha-se em vista a “Resolução do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, de 29/04/2002, que estipula que “*Não será possível criar um direito à autodeterminação que conferisse a qualquer pessoa o direito de 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 do doente; **9-C** – Apoiando a proibição de tirar a vida de um doente terminal ou de uma pessoa a morrer -i – Reconhecer que o direito à vida especialmente em relação ao doente terminal ou a morrer é garantida pelos estados membros de acordo com o artigo 2) da Convenção Europeia dos Direitos Humanos que estabelece que ninguém seja privado da sua vida intencionalmente; ii –



## ORDEM DOS MÉDICOS

*Reconhecendo que o desejo de morrer de um doente terminal ou de uma pessoa que está a morrer não constitui nunca fundamento para legalizar a morte às mãos de outra pessoa; iii – Reconhecendo que o desejo de morrer de um doente terminal ou de uma pessoa a morrer não pode por si constituir fundamento para uma justificação legal para exercer ações com a intenção de conduzir à morte.»*

Muito recentemente, na 70.<sup>a</sup> Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, realizada em 12 de outubro de 2019, é aprovada a seguinte declaração: «A Associação Médica Mundial reafirma o seu forte compromisso com os princípios da ética médica e que tem que ser mantido o máximo respeito pela vida humana. **Por conseguinte, a AMM opõe-se firmemente à eutanásia e ao suicídio assistido por médico.**

A aprovação de uma lei, nos termos que se perspetiva e com uma prioridade questionável, visando embora procurar soluções para problemas relevantes do fim da vida, fá-lo com soluções eticamente incorretas, sem a devida ponderação do valor da vida em pessoas muito vulneráveis. Atente-se na condição de idosos muito doentes e em sofrimento que poderiam ser levados a requerer pôr termo à vida, de modo a deixarem de ser um "peso" para a família e para a sociedade.

### **3- A eutanásia e o suicídio assistido não são práticas de assistência médica e situam-se fora dos princípios da medicina**

No preâmbulo do **Código Deontológico da Ordem dos Médicos**, que é o anexo do Regulamento da Deontologia Médica (Regulamento nº 707/2016, Diário da República, 2.<sup>a</sup> série – N.º 139 – 21 de Julho de 2016), consta o seguinte:

*«O Código Deontológico da Ordem dos Médicos é um conjunto de normas de comportamento que serve de orientação nos diferentes aspetos das relações humanas que se estabelecem no decurso do exercício profissional da medicina.*

*As condutas que o Código estabelece são condicionadas pela informação científica disponível, pelas recomendações da Ordem que, por seu lado, estão balizadas pelos princípios éticos fundamentais que constituem os pilares da profissão médica.*

*Um Código Deontológico, para plasmar em cada realidade temporal os valores da Ética Médica que lhe dá origem, é algo em permanente evolução, atualização e adaptação. Por outro lado, inscrevendo-se o Código Deontológico no acervo jurídico da sociedade, e retirando a sua força vinculativa da autorregulação outorgada à Ordem dos Médicos, integra-se no quadro legislativo geral.*

*Nas normas do presente Código foram consagradas as regras deontológicas fundamentais, atualizando-se aspetos relacionados com os conhecimentos atuais da ciência médica e procurando-se encontrar as soluções bioéticas mais consentâneas com o estado da arte.»*

A menção por extenso do preâmbulo é conveniente para dar a devida ênfase ao significado



## ORDEM DOS MÉDICOS

e importância que reveste o Código, no plano ético e deontológico, e a sua adequação temporal por recente atualização. No Capítulo III do Código, «O médico ao serviço do doente», incluem-se os artigos que de forma clara, organizada e explícita definem os direitos do doente, do artigo 19º ao artigo 26º: esclarecimento do médico ao doente, consentimento, recusa de exames e tratamentos, informação de diagnóstico e prognóstico, respeito pelas crenças e interesses. Este articulado contempla diferentes situações e consagra o princípio da autonomia da pessoa do doente como 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



## ORDEM DOS MÉDICOS

que se submeter à norma jurídica embora tenha que a (re)conhecer, o que justifica a objecção 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 arrear e sustentar o ímpeto de uma duvidosa iniciativa legitimadora da eutanásia e do suicídio assistido, ainda haveria que considerar o próprio Código Penal. No Capítulo I (Parte Especial, Título I), **Crimes contra a vida**, a despenalização da “morte antecipada” do Projeto de Lei N.º104 é concretizada pelo aditamento no Art.º 3, de uma 3ª alínea de exceção aos artigos 134.º (homicídio a pedido da vítima) e ao artigo 135.º (**Incitamento** ou ajuda ao suicídio); mas será de interrogar como fazer uma alínea de exceção ao artigo 139.º, **Propaganda ao suicídio**, cujo conteúdo é o seguinte:

**«Quem, por qualquer modo, fizer propaganda ou publicidade de produto, objeto ou método preconizado como meio para produzir a morte, de forma adequada a provocar suicídio, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.»** (sublinhado a bold não está no original)

Que forma mais óbvia poderá cometer o Estado para incitar e propagandar do que a legitimação do conteúdo dos projetos de morte a pedido, no fundo práticas de suicídio institucionalizado para quem não é capaz por si de o cometer? Sabendo como os efeitos de sugestão social ditam os comportamentos humanos como se poderá tabicar num comportamento estanque a prática tão notória da morte executada por lei? Por conseguinte, em termos de saúde mental, este tipo de medidas é de clara nocividade cujo alcance não se pode prever. A virem a existir leis deste teor seriam sempre, por si próprias, um fator de incitamento ao suicídio não apenas dos “candidatos” elegíveis, mas também de outros, sem limite.

Aliás, no Projeto 104 do PS, vai-se mais longe do que noutros nesta matéria, disponibilizando-





## ORDEM DOS MÉDICOS

se (Art.º 25) um Sítio da Internet, através da Direção geral de Saúde, expressão de uma banalização de método, confrangedora no plano ético.

E como é possível absolver no Código Penal a chamada “morte antecipada” de “Crime contra a integridade física”, sob a salvaguarda de “intervenção e tratamentos médico-cirúrgicos” (artigo 150.º), que ponham em causa a integridade física da pessoa, “se forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal ou perturbação mental”? Neste artigo estão consignados os termos em que se pode definir o que é ato médico segundo as *leges artis*. Vai também aditar-se a este artigo uma alínea, em que consta que matar a pessoa ou ajudar a matar-se, em certos casos desesperados, deixa de ser crime contra a integridade física?

Seria então a execução do pedido de “antecipação da morte” tão imperativa que pudesses subverter códigos e leis, travestindo-se de ato médico pelo exercício do oficiante voluntário, o chamado “médico orientador”, “que pode ser ou ter sido o médico pessoal ou de família do doente, e que pode ser especialista da patologia que afete o doente”, como consta do Projeto de Lei N.º 104 (Art.º 4 e Art.º 5º)? Voto para uma continuidade assistencial altamente improvável, dada a especialização do médico “orientador”, como procurador, num papel de frio propósito, para avaliar imparcialmente o requerimento de morte, numa relação com a pessoa do doente sem nenhum fim terapêutico. Para o médico que não aceitar este papel (Art.º 20), “A recusa deve ser comunicada ao doente num prazo não superior a 24 horas e deve especificar as razões que a motivam”. É uma urgência.

De facto, a “morte antecipada” poderia configurar-se apenas como um ato jurídico *sui generis*, servido por uma espécie de perícia médico-legal. O procedimento destina-se a verificar se o candidato preenche quesitos para poder ser executado ou ajudado a matar-se. É, na sua essência, um procedimento para habilitação civil sobre a capacidade de decidir e beneficiar da concretização de um direito que lhe seria facultado por lei: o direito à morte súbita intencional, praticada ou ajudada por outro. Não está explícito no Projeto de Lei N.º 104, que pretende situar-se na nossa legislação de forma atípica, beneficiando do aval da medicina, por imposição. No artigo 8.º do Projeto de Lei, atribui-se à Comissão de Verificação e Avaliação do Procedimento clínico de Antecipação da Morte (CVA), a função de, num prazo máximo de 5 dias úteis, conferir o cumprimento das normas, para dar aval à “morte antecipada”.

Para concluir, nas questões suscitadas pelo final de vida, o princípio da autonomia levado ao extremo, pode conflitar com outros princípios éticos da Medicina, inviolabilidade da vida humana, beneficência, não maleficência e justiça.

Por um lado, há que ter em conta, entre outros, o direito à vida e à sua proteção, o direito à



## ORDEM DOS MÉDICOS

autonomia e à liberdade de escolha, o direito à preservação da dignidade da pessoa humana e o respeito pela sua memória. Por outro, e muito está por concretizar no nosso país, há que promover 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 antecipada”, NÃO poderão ter lugar na prática médica segundo a *legis artis* e a ética e deontologia médicas.

Parecer homologado em sessão plenária do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos de 19 de dezembro de 2019-----

O Presidente do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos

Dr. Miguel Guimarães