



ORDEM DOS MÉDICOS

PARECER

Parecer do CNEDM (CNEDM49) sobre soluções médicas para o fim da vida e o Projeto de Lei N.º 67/XIV/1.ª (PAN), que “Regula o acesso à morte medicamente assistida”

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 PAN, 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 da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.»



ORDEM DOS MÉDICOS

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) *Afirmção 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;*»

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.»

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, que carece de meios adequados para assistir a maioria das pessoas nesta situação. 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**».

Nesta legislação recente, que como se sabe carece ainda de meios para a sua completa e eficiente implementação equitativa, 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 o suicídio assistido e a eutanásia, com a designação eufemística de “antecipação da morte”. Pelo contrário, o Projeto de Lei N.º 67 situa-se em contradição com as leis vigentes, como



ORDEM DOS MÉDICOS

um corpo 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 alargamento das práticas de execução da morte a pedido.

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

Os Projeto de Lei N.º 67, que “Regula o acesso à morte medicamente assistida”, que se entende como “Ato de, em resposta a um pedido do próprio, informado, consciente e reiterado, antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento sem esperança de cura”, que “pode concretizar-se de duas formas, eutanásia ou suicídio medicamente assistido.” (Art.º 2)

Estes atos estão proibidos pelo código penal, artigos 134º e 135º, pelo que o projeto de lei da chamada “morte assistida” contém, no artigo 32.º, uma alteração ao Código Penal por aditamento de alíneas suplementares aos artigos sobre o “homicídio a pedido da vítima” (art.º 134) e sobre o “incitamento e ajuda ao suicídio” (art.º 135). De notar que não são conhecidos em Portugal processos judiciais por aplicação destes artigos.

O projeto de lei N.º 67 do PAN utiliza o estereótipo suavizante de “morte assistida” e “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 67 há uma preocupação em enquadrar a chamada “morte medicamente assistida” numa ideia de melhorar a assistência no fim da vida, “como a necessidade do estabelecimento de critérios para uma boa prática clínica numa fase final da vida (...), pela criação de contraposições entre a quantidade e a qualidade da vida”. Esta ideia é repetida em diferentes formulações, concluindo-se o preâmbulo com uma frase do deputado francês Caillaout, que assim discorre a propósito da reforma do Código Penal Francês: «O indivíduo não deve acabar como carne de laboratório, irrigado, desintoxicado, bombeado para uma máquina, deve admitir-se um direito de viver com dignidade a sua própria morte.». E o preâmbulo do projeto de lei do PAN termina assim: “Em suma, é apenas isto que pretendemos, conceder às pessoas o direito a viver com dignidade, mesmo na hora da morte.”

A confusão que lavra na justificação deste projeto de lei obriga a uma clarificação de conceitos. Os autores do projeto não sabem distinguir a boa da má prática assistencial. Recapitulemos. O mesmo étimo grego (*thánatos* = morte) combina-se com prefixos nas palavras *ortotanásia* e *distanásia*, cuja definição aqui se dá.

Ortotanásia é o termo que designa as medidas de tratamento e cuidados, sem a utilização de recursos extraordinários, que se enquadram dentro da *legis artis* da medicina para o fim da vida, no respeito pelo doente, suavizando o sofrimento, com aceitação do processo de morrer, no respeito da autonomia e da dignidade da pessoa.

Distanásia é o termo que define um procedimento de obstinação terapêutica, de encarniçamento, inadequado e desproporcionado, prejudicando a qualidade de vida física e psíquica da pessoa na fase final da existência, que corresponde à descrição do citado deputado francês. Essa prática está fora do Código Deontológico da Medicina. Pessoas mal informadas, ao caricaturarem os cuidados médicos e assistenciais do fim da vida, como sendo de *distanásia*, justificam a morte por eutanásia ou suicídio assistido como uma solução final adequada.

Na prática de apoio ao doente terminal, com doença irreversível, tendo em atenção a vontade do próprio, a informação da família (ou de próximos) e a consulta da equipa assistencial, pode colocar-se a opção de não promover ou suspender certos tratamentos para assegurar a *ortotanásia*, evitando a *distanásia*, e pode ser decidido o uso de fármacos para alívio da dor e do



ORDEM DOS MÉDICOS

sofrimento insuportável, que possam ter como efeito “secundário” indireto abreviar a vida. São decisões médicas, embora partilhadas, muitas vezes de extrema dificuldade. O objetivo não é uma antecipação “piedosa” da morte, mas permitir a fase terminal da vida com a qualidade possível, procurando tratar a dor e aliviar o sofrimento sem terapêuticas fúteis ou inúteis.

Os argumentos invocados pelos proponentes do projeto de lei N.º 67 baseiam-se no princípio da autonomia da pessoa na escolha da morte, como garantia para uma “morte com dignidade”, considerando uma situação de “sofrimento insuportável” por doença incurável ou lesão definitiva. Em extensos considerandos fazem a presunção de que os projetos não colidem com o preceituado nos artigos 24.º (O direito à vida é inviolável) e 25.ª (O direito à integridade Física e Moral da pessoa é inviolável) da Constituição da República Portuguesa. Admitindo essa hipótese controversa, posto que há diferentes juízos feitos por autoridades em matéria constitucional, não deixa de ser legítimo pensar que a inviolabilidade do direito à vida e à integridade física pode não se compatibilizar com uma espécie de novo “direito à morte” (a ser morto), com o patrocínio do Estado de Direito. É caso em que, na dúvida, em matéria tão sensível, no quadro de direitos, liberdades e garantias, numa forma específica de prestação de um serviço legal, se pode colocar a questão da alteração constitucional.

Por outro lado, ao ser necessária a intervenção designado “médico assistente”(Art.º 5) 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, que acolhe o pedido e decide aceitá-lo mediante uma confirmação de quesitos pré-definidos na lei para a triagem do caso e para a decisão final (Art.º 9). Neste projeto, a Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei (Capítulo V), composta por 7 elementos nomeados pela Assembleia da República, não intervém para dar aval aos atos, mas na fiscalização e controlo da lei. A participação do parlamento na nomeação, para a Comissão, dos juristas, dos médicos e de um especialista de ética ou bioética, põe a nu o contencioso da medida, cujo pragmatismo de duvidosa utilidade, contrasta com os riscos que envolve em diferentes níveis, individual e coletivo, jurídico, ético e deontológico.

A despenalização da “antecipação da morte” é configurada no Projeto de Lei N.º 67 como uma prestação autorizada, institucionalizada em serviços públicos ou privados (ou no domicílio), segundo certas normas e procedimentos, envolvendo officiosamente 3 médicos, o “assistente”, o especialista da patologia principal do doente e o psiquiatra. A intenção parece traduzir uma preocupação em proceder a uma perícia mais ampla, não apenas física, mas também mental (psiquiátrica), como norma e não em recurso, para não deixar passar alguém cuja capacidade psíquica não permita a aplicação da medida. O problema é que no contexto em que a pessoa requerente está, com um propósito de morte, muito dificilmente haverá condições para no exame mental se detetar um estado



ORDEM DOS MÉDICOS

depressivo que o próprio entende dissimular. A empatia no exame mental é prejudicada pela finalidade em que se insere, verificar se a pessoa pode ser eutanasiada ou ajudada a suicidar-se.

Há uma importante questão que deve ser colocada. Visto que o título e todo o articulado do projeto de lei se organiza com base na “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”. Em relação aos casos de “lesão definitiva”, não sendo, por hipótese, a lesão fatal, como se poderá falar de “antecipação”? Esta imprecisão é sintomática de uma abertura para a chamada rampa deslizante.

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, América e Ásia não aceitam estas práticas, nem vêm necessidade de as introduzir na sua legislação.

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), 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 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



ORDEM DOS MÉDICOS

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 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 Direitos 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 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 – 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.^a 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*



ORDEM DOS MÉDICOS

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, 2ª 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 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



ORDEM DOS MÉDICOS

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 (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



ORDEM DOS MÉDICOS

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 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.º4 é concretizada pelo aditamento de uma 3ª alínea de exceção aos artigos 134.º (homicídio a pedido da vítima) e ao artigo 135º (Incitamento ou ajuda ao suicídio); mas será de interrogar como fazer uma alínea de exceção ao artigo 139º, **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 infringir este artigo 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 estante 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.

E como é possível absolver no Código Penal a chamada “morte antecipada” de “Crime contra a integridade física”, sob a salvaguarda de “intervenções 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



ORDEM DOS MÉDICOS

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 referido “médico assistente”, como consta do Projeto de Lei N.º 67? O médico dito “assistente” será certamente alguém predisposto a atuar para esse fim, a consumação da morte pedida, para ser antecipada como eutanásia ou suicídio assistido, mesmo que tenha de abster-se de seguir o código deontológico da medicina. E por força de lei, quem não aceitar a incumbência terá de fazer objeção de consciência no prazo de 24 horas, com especificação de motivos. (Art.º 31)

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 67, que pretende situar-se na nossa legislação de forma atípica, beneficiando do aval da medicina, por imposição. Não sendo “atos médicos”, estas práticas não podem procurar a sua legitimidade num enquadramento na medicina.

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 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 medicamente assistida”, NÃO poderão ter lugar na prática médica segundo a *legis artis* e a ética e deontologia médicas.



ORDEM DOS MÉDICOS

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