



ORDEM DOS MÉDICOS

PARECER

Parecer do CNEDM (CNEDM47) sobre soluções médicas para o fim da vida e o Projeto de Lei N.º 4/XIV/1.^a, (BE) que «Define e Regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é 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 Bloco de Esquerda, 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 (CNEDM16) 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;»*

Na recente **Lei N.º 31/2018**, 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



ORDEM DOS MÉDICOS

morte". Pelo contrário, o Projeto de Lei N.º 4 situa-se em contradição com as leis vigentes, como 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.

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

O Projeto de Lei N. 4., de "Antecipação da morte", *"por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável"*, aplica-se, em casos autorizados e, por isso, não puníveis, pela execução da morte por injeção letal (eutanásia - ativa voluntária), ou por fornecimento de uma substância mortal para administração oral (suicídio ajudado ou assistido). Estes atos estão proibidos pelo código penal, artigos 134º e 135º, pelo que os proponentes do projeto de lei também designam as medidas como "despenalização" da "morte antecipada". De modo mais cru, a alteração do código penal consiste na não punição do "homicídio a pedido da vítima" (art.º 134) e do "incitamento e ajuda ao suicídio" (art.º 135) nas circunstâncias definidas na lei, acrescentando-se alíneas suplementares ao articulado. De notar que não são conhecidos em Portugal processos judiciais por aplicação destes artigos.

Os proponentes têm a presunção de 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. A argumentação utilizada no preâmbulo do projeto alicerça-se no que se afirma como "articulação constitucional entre direito à vida, direito à autodeterminação pessoal e direito ao livre desenvolvimento da personalidade". Dificilmente, sem uma rebuscada interpretação, se poderá articular "o direito à vida" tão clara e inequivocamente formulado na Constituição (e por isso consignado no Código Penal, sem ambiguidades), com a prática da chamada "morte antecipada", institucionalizada por lei da República. Considerar como "livre desenvolvimento da personalidade" o suicídio por lei, executado oficiosamente ou patrocinado? Nivelar o "direito à vida", cerne do humanismo, com um direito a ser morto?

Por outro lado, 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), doente perde a autonomia e remete-a para "o médico responsável"; o problema da autonomia é transposto 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, depois, a aprovação formal por uma Comissão de 5 elementos.

A despenalização da "antecipação da morte" é configurada no Projeto de Lei N.º 4 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. Implica o Estado num alto grau, que não é redutível a uma ótica de pragmatismo utilitário.

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



ORDEM DOS MÉDICOS

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”?

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). Cumpre destacar que nestes países 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 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



ORDEM DOS MÉDICOS

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 agora reposto na Assembleia da República.

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 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.^a 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.»



ORDEM DOS MÉDICOS

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 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 irreversíveis 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 sendo nem podendo 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



ORDEM DOS MÉDICOS

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 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 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.



ORDEM DOS MÉDICOS

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 responsável”, como consta do Projeto de Lei N.º 4? De notar que só muito dificilmente esse médico, mentor do processo de “morte antecipada”, será o médico assistente dos seus pacientes, como se pretende no preâmbulo do Projeto de Lei: «(...) *se ver atendido o pedido para antecipação da morte sem que tal gere a penalização dos profissionais de saúde que, fiéis ao comando de acompanhar os seus pacientes até ao fim, ajudem à satisfação de um tal pedido.*» (nosso sublinhado). O médico dito “responsável” (artigos 3º e 4º do Projeto de Lei N.º 4) 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. Com efeito, o Projeto de Lei subtrai, no seu art.º 24º, o médico “responsável” a procedimento disciplinar por desrespeito do código deontológico da medicina.

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 4, que pretende situar-se na nossa legislação de forma atípica, beneficiando do aval da medicina, por imposição. No artigo 7.º do Projeto de Lei atribui-se à Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da Morte a função de, num prazo de 24 horas, conferir o cumprimento das normas, para dar aval à “morte antecipada”. Postumamente, a mesma Comissão (artigo 20.º) deverá fazer um exercício de análise aprofundado dos processos. A Comissão visa controlar e legitimar formalmente um procedimento anómalo, que se pretende tutelar por uma instância híbrida jurídico-médico-ética.

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,



ORDEM DOS MÉDICOS

beneficência, não maleficência e justiça.

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