

Comentário ao Projeto de Lei n.º 104/XIV do Partido Socialista
Procede à 50.ª alteração do Código Penal, regulando as condições
especiais para a prática de eutanásia não punível.

QUESTIONABILIDADE DE TODO UM SISTEMA

Fábio Carvalho, Nina de Sousa Santos, Pablo Hernández Marrero, Sandra Valente Queiroz

Doutorados em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa

A proposta de lei do Partido Socialista (PS), que convida a sociedade portuguesa a aderir à regulação da eutanásia, concorde-se ou não com a ideia, é contraditória em si própria e confusa, suscitando um vasto conjunto de questões sobre os seus fundamentos ético-legais, e sobre o procedimento.

Em síntese:

- Afirma que o Estado não deve impor uma única conceção de vida, devendo a ordem jurídica reconhecer a autonomia da vontade da pessoa. Contudo, o procedimento apresentado não assenta na vontade da pessoa, mas num parecer médico, o que contraria a lógica do argumento.
- Declama não existir um direito jurídico-constitucional à eutanásia ativa, nem a construção de um direito a morrer, referindo-se antes à *possibilidade de disposição da própria morte em circunstâncias especiais*, o que não se vislumbra diferente, mesmo na subtilidade do argumento.
- Questiona se o Estado tem o dever de proteger o direito à vida, ainda que contra a vontade do próprio e em quaisquer circunstâncias, e responde que *não está em causa um desrespeito da vida por parte do Estado porque é o próprio sujeito autónomo que deseja a eutanásia*.
- Assegura que não se trata de uma liberdade geral de cometer suicídio porque existe uma decisão individual, livre e esclarecida, o que equivale a dizer que quem se suicida não pode decidir da mesma forma, o que é manifestamente inverosímil.
- Defende que quem se encontra numa situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal é capaz de manifestar uma vontade atual, séria, livre e esclarecida, mas simultaneamente reconhece que a lei precisa de ser exigente na salvaguarda da autonomia na medida em que *o pedido é feito por alguém fragilizado*.

- Por fim, refere a vantagem de não se tratar de uma legislação pioneira e de, com base na experiência internacional, poder afastar, o argumento da ‘rampa deslizante’, ao classificar o pedido do doente como uma mera possibilidade e não como um dever, o que se afigura insólito e despropositado.

Qualquer medida legal que preveja a prática de eutanásia ou suicídio medicamente assistido deixará sempre em aberto um vasto conjunto de questões éticas, clínicas e sociais. Contudo, se corresponder maciçamente à vontade da maioria dos cidadãos essas questões vão-se dirimindo. No caso em apreço, não existiu reflexão nem debate nacional em torno da eutanásia, o que inviabiliza que o presente projeto de lei se suporte na legitimidade popular, alicerces da democracia.

Estará tudo dito e discutido, nesta matéria, a nível nacional? Acreditamos que não.

Efetivamente, elaborámos um ensaio em que densificamos a nossa reflexão e enunciamos um conjunto de questões éticas, avaliando as fontes, significados, argumentos e justificações plasmados neste projeto de lei. Efetuamos uma análise detalhada dos atos defendidos, do procedimento descrito, e das questões jurídicas que emergem do presente projeto de lei. Por último, tecemos algumas considerações finais.

1. Questões éticas e jurídicas: fontes, significados, argumentos, justificações face aos atos defendidos e procedimento

O preâmbulo do projeto de lei começa por referir que “*Ao longo do tempo, cada indivíduo é convocado a tomar inúmeras decisões vitais sobre a sua vida, e que só aos próprios dizem respeito*” (p.1). Face a esta primeira afirmação, depreende-se um conceito de **autonomia individual** que raramente corresponde à realidade da nossa tomada de decisão. Para além da eutanásia não dizer somente respeito ao próprio, que a solicita, a sua prática requer o envolvimento de terceiros e tem implicações na vida de pessoas significativas, profissionais de saúde, comunidade na qual o indivíduo está integrado. Esta ideia de autonomia como algo meramente individual está presente ao longo de todo o texto.

De seguida, o projeto de lei afirma que “*como decorrência da autonomia implícita no princípio da dignidade da pessoa humana e no direito ao desenvolvimento da personalidade, que cada pessoa é, desde que não prejudique a terceiros, a arquiteta livre do seu destino, mesmo nos momentos mais difíceis da sua vida*” (p.1). Daqui depreende-se que **a autonomia deriva do princípio ético da**

dignidade, o que é equívoco, já que o princípio ético da dignidade imprime o dever de respeito face ao Outro, reconhecendo-o como um fim em si mesmo (conceito Kantiano de dignidade). A autonomia é igualmente um princípio ético e, como tal, não está implícita ao princípio ético da dignidade já que, por um lado, pese embora a pessoa poder estar incapaz de expressar a sua autonomia, ela segue tendo-a e, por outro lado, a autonomia imprime o dever de veracidade.

Na continuidade do texto, o projeto de lei menciona que *“a ordem jurídica tem vindo a evoluir no sentido da clara consagração legal do princípio do consentimento informado, da proibição do encarniçamento terapêutico e na definição de um quadro jurídico equilibrado de regulação das diretivas antecipadas de vontade (testamento vital)”* (p.1). Face a esta afirmação há que clarificar primeiro que **o consentimento informado não é, em si mesmo, um princípio ético**. O princípio ético que sustenta a prática do consentimento informado é o princípio ético da autonomia que, tal como referimos, imprime o dever de veracidade e informação necessários ao consentimento informado. Acresce ainda que a legislação em matéria de saúde e cuidados em fim de vida não se esgota na consagração dos aspetos acima mencionados, havendo necessidade de referir ainda a Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro) e a Lei que determina os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida (Lei n.º 31/2018). A propósito destas duas leis, importa referir que, do ponto de vista prático, os direitos nelas consagrados estão, segundo relatórios regularmente produzidos por entidades independentes em Portugal, ainda muito aquém de serem cumpridos.

Será possível afirmar que uma experiência positiva em cuidados paliativos, adequação do esforço terapêutico, acompanhamento verdadeiramente humano, não poderá alterar a vontade de antecipação da morte? Como assegurar esta vertente quando o projeto legislativo não prevê a análise e verificação prévia sequer desta possibilidade?

Refira-se ainda que em momentos de vulnerabilidade e de grande sofrimento, a liberdade da vontade passa a estar condicionada. Ao se remeter somente para a capacidade legal (idade, interdição, inabilitação por anomalia psíquica ou casos em que o processo de incapacitação estejam a decorrer), o presente projeto de lei **não reconhece as dificuldades e limitações na expressão da autonomia e no consentimento do doente**.

Na página seguinte (p.2), o projeto de lei afirma que *“é legítimo questionarmo-nos se a autonomia das pessoas deve abranger algum tipo de decisão sobre uma dimensão essencial da vida – a morte. No*

entendimento do Grupo Parlamentar do Partido Socialista, a resposta não pode deixar de ser positiva, materializando o respeito pela pessoa em final de vida com um projeto de lei que vem regular as condições especiais para a prática da eutanásia não punível". No nosso entender, este texto introduz aqui eufemismos e ambiguidades. Por um lado, no caso da eutanásia, **embora o pedido assente na afirmação da autonomia e expressão da vontade da pessoa, ela nunca se restringe a algo individual já que implica sempre um terceiro, uma outra pessoa, que praticará o ato**. Ao transferir o ato para outra pessoa, deixa de haver lugar a algo individual para haver algo que é relacional. Por outro lado, e considerando a Lei n.º 31/2018 que determina os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, a materialização do respeito pela pessoa em final de vida não é, de todo, sinónimo da prática de eutanásia.

Acresce ainda que, ao apresentar um projeto de lei que "*regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível*" (p.2), este projeto de lei suscita um vasto leque de questões conceptuais, práticas e éticas, nomeadamente: se a eutanásia é, em si, uma opção ética, humana, social e legalmente sustentada e aceite, então porque apresentar um projeto de lei que a torna "*não punível*"? Porque não ir mais longe e legalizá-la? Ao regular "*condições especiais para a prática de eutanásia não punível*" depreende-se que **haverá uma eutanásia punível?** E, se há "*condições especiais*", quem as determina e com base em que critérios, princípios e valores? **Haverá um sofrimento que justifique a prática de eutanásia não punível e um sofrimento que não a justifique?**

Seguidamente, o projeto de lei refere que há que "*balizar de forma segura a construção de um consenso o mais alargado possível em sede parlamentar e junto da sociedade portuguesa*". No nosso entender, **avançar para qualquer medida legal sem consultar a sociedade portuguesa limita a construção de debate e, conseqüentemente, de um consenso alargado**.

A este respeito refira-se o tão proclamado elevado índice de iliteracia em saúde dos portugueses a que acresce uma grave falta de informação sobre este assunto em particular e sobre as diversas opções que a proposta de lei não elenca. **Poderá mesmo afirmar-se que a vontade de quem procura a morte antecipada é verdadeiramente esclarecida?**

Na continuidade, o projeto de lei diz que "*hoje, manter o Código Penal tal como está é a afirmação da intolerância*." **Intolerância face a quê e a quem?**

Ainda nesta página (p.2), é feita a seguinte afirmação: “*é (...) possível identificar hoje, com clareza, uma área de confluência majoritária concludente de que a despenalização da eutanásia, desde que em circunstâncias especialmente circunscritas, não é inconstitucional, tendo o legislador margem de liberdade para regular as condições especiais para a prática da eutanásia não punível*”. Além dos aspetos de ordem legal e de uma eventual inconstitucionalidade, relativamente à qual não nos deteremos, colocam-se duas questões centrais nesta afirmação e que nos preocupam. Primeiro, **a que se referem os autores do texto quando mencionam existir uma “confluência majoritária”?** A uma maioria parlamentar? A uma maioria social? À maioria dos juízes e legisladores? Em que dados se sustenta esta “confluência majoritária” e a quem se refere? Segundo, e tal como já referimos, **se a prática de eutanásia é, em si mesma, algo positivo, bom, social e eticamente aceitável, então porque definir “circunstâncias especialmente circunscritas”?** E, considerando a necessidade de definir estas circunstâncias, **quem as determina, com base em que valores, e quem garante que as mesmas se mantenham como tal?**

Seguidamente, na página 3, há todo um conjunto de parágrafos e afirmações que introduzem ambiguidade ao próprio projeto de lei, nomeadamente: “*Entendemos, como é consensual, que não existe um direito jurídico-constitucional à eutanásia ativa, “concebido como um direito de exigir de um terceiro a provocação da morte para atenuar sofrimentos”, nas palavras, por exemplo, dos Professores Gomes Canotilho e Vital Moreira (Constituição da República Portuguesa anotada, V.I, p.450, Coimbra 2007). Também não faz sentido, do ponto de vista jurídico-constitucional, a construção de um direito a morrer. Não se trata, pois, da afirmação de qualquer direito constitucional à eutanásia, mas do reconhecimento legal, dentro da margem de conformação do legislador, a este respeito desenvolvida pelo Professor Costa Andrade em audição na Assembleia da República, da possibilidade de disposição da própria morte em circunstâncias especiais, ponderando equilibradamente toda a intensa rede de interesses complexos em presença*”. Na nossa perspetiva, **estas afirmações são, entre si, contraditórias e introduzem ambiguidade e eufemismo:** primeiro, ao introduzir o termo “eutanásia ativa” para o distinguir, juridicamente, do termo de “*eutanásia não punível*” é como se estivéssemos a falar de conceitos distintos quando, na realidade, não o são; segundo, qualquer prática de eutanásia pressupõe pôr fim à vida da própria pessoa a seu pedido voluntário, consciente e reiterado. **A pessoa não dispõe, portanto, “da própria morte”,** já que está viva, mas **dispõe, isso sim, da sua própria vida para pôr fim ao sofrimento de que padece.** Esta é

uma séria incompatibilidade jurídico-constitucional face ao disposto no artigo 24º da Constituição Portuguesa (Direito à Vida).

Na continuação do texto, vê-se, na página 4, a afirmação de que “*No caso da não punição da eutanásia em circunstâncias especiais, coloca-se a questão de saber se o Estado tem o dever de proteção do direito à vida, ainda que contra a vontade do próprio e em quaisquer circunstâncias*”. Novamente, esta afirmação suscita a questão de este projeto de lei **não considerar a eutanásia como uma prática a legalizar, mas sim como uma prática a não punir em determinadas circunstâncias** (por favor, ver questões colocadas na página 2 deste documento).

Ao considerar que “*não se trata da afirmação de uma liberdade geral de qualquer pessoa cometer o suicídio*” (p.4) este projeto de lei coloca aqui uma questão clara de injustiça no acesso a uma “*eutanásia não punível*”. **Será o sofrimento físico** (decorrente de “*lesão definitiva ou doença incurável e fatal*”) **mais importante ou mais grave e intolerável que o sofrimento mental, psicológico e/ou espiritual que está na génese de uma tentativa de suicídio?**

O projeto de lei limita a chamada “*eutanásia não punível*” à pessoa em “*situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal*”. Esta “*situação*” é, na nossa perspetiva, do mais abrangente e subjetivo que existe. Por um lado, **como se define e como se mede “sofrimento extremo”?** **Em que consiste uma “lesão definitiva”?** Vejamos alguns exemplos de lesões definitivas: amputações, paralisias, queimaduras graves, etc. Já no que concerne às doenças incuráveis e fatais o leque é igualmente vasto: cancro, Alzheimer, SIDA, esquizofrenia, depressão major, acidente vascular cerebral, etc. O atual projeto de lei não o prevê, mas **como gerir, no futuro, uma manifestação de vontade expressa de pedido de eutanásia em determinadas circunstâncias, em testamento vital?**

Na página 5, o projeto de lei menciona que “*no caso da eutanásia, é de alguém que, em sofrimento extremo, está numa situação de debilidade tal que precisa de auxílio para exercer a sua decisão, sendo o auxílio despenalizado*”. **Que tipo de debilidade é este? Será que esta debilidade não interfere com a expressão da autonomia?** Não deverá esta debilidade (ou melhor, vulnerabilidade ou fragilidade) imprimir o dever ético de proteção, solicitude, cuidado? Temos uma resposta adequada a este sofrimento e vulnerabilidade? Estarão os profissionais de saúde capazes de distinguir e responder

eficazmente à expressão “Sr. Doutor, estou farto disto, quero morrer”? Será este tipo de expressão interpretado como um pedido de morte antecipada e não como um pedido de ajuda, relativamente ao qual a maioria dos profissionais de saúde se sente impotente e sem saber como responder?

A frase que segue é, na nossa perspetiva pouco clara. **Em que consistem e quais são estes “conceitos indeterminados, desde que determináveis”?**

Seguidamente, o projeto de lei refere que “*A decisão de abreviar uma morte certa é da pessoa, integra a sua liberdade e autonomia, o processo é conduzido pela própria pessoa (...)*”. No nosso entender, colocam-se aqui várias questões. Primeiro, a afirmação de “*morte certa*” é destituída de sentido já que todo e **qualquer ser humano, desde que vivo, tem uma morte certa**, cujo tempo e momento desconhece. Segundo, é esta “*certeza da morte iminente*” **que se constitui como critério para que a eutanásia seja não punível?** Se assim for, tal, além de não estar claro no texto do projeto de lei, suscita a pergunta de “iminente” com que previsão de tempo: meses, semanas, dias, ou horas de vida? Terceiro, na prática de eutanásia, **ainda que o pedido seja manifestado pelo próprio e a decisão seja deste, a prática ou o ato depende de outra pessoa que é quem pratica a eutanásia**. Quarto, ao referir que o processo é conduzido pela própria pessoa, este excerto é incorreto, já que **somente no suicídio assistido (e não na eutanásia) é o próprio a praticar o ato**. Finalmente, **o processo, ao estar legislado e ser assente em critérios definidos pelo legislador, nunca será conduzido pelo próprio**, mas sim por outros; quando muito, o próprio desencadeia o pedido, pois, a partir daí, o processo passa a ser conduzido por outros.

Na página 6 (assim como em vários outros pontos do projeto de lei) são mencionadas as “*condições especiais*” da eutanásia não punível, sendo afirmado que esta definição de condições especiais “*permite avaliar e afastar o denominado argumento da rampa deslizante*”. Considerando que os primeiros países a legislar sobre as práticas de eutanásia e suicídio medicamente assistido alargaram as suas leis, **como garantir que tal não acontecerá em Portugal?** (Por favor, ver todo um conjunto de questões já enunciadas anteriormente). Certamente que a experiência de outros países europeus como a Bélgica, Países Baixos e Luxemburgo não permite arrogar a certeza de não falhar.

2. Questões relativas ao procedimento previsto no artigo 3.º e seguintes do projeto de lei, o qual encontrando-se estruturado em seis fases, cada uma suscita diferentes questões.

Primeiro, *“O pedido de abertura do procedimento clínico é efetuado pelo doente, que tem de ser uma pessoa maior, em situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal. O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente, o médico orientador. Este é o primeiro passo do procedimento clínico. Salvaguarda-se a possibilidade de estar a decorrer ou de se iniciar um processo judicial visando a incapacidade do doente, suspendendo o procedimento, considerando assim a preocupação manifestada pelo Conselho Superior Magistratura em parecer relativamente a outra iniciativa sobre a matéria”*. Já enunciámos algumas questões sobre as condições especiais aqui enunciadas. Contudo, emerge aqui uma outra questão que tem a ver com o facto de haver um **“médico orientador”**. **Que médico é este?** O médico de família? O médico especialista que acompanha no doente no seu processo de doença e tratamento? Porquê esta designação de “médico orientador”? **Orientador em que matéria e em que sentido?** Porque se salvaguarda a possibilidade de iniciar um processo judicial visando a incapacidade do doente? **Se o pedido de eutanásia se baseia na vontade expressa de uma pessoa autónoma e capaz de tomar decisões, então porque considerar aqui a possibilidade de iniciar um processo judicial que visa incapacitá-la?**

No n.º3 do artigo 3.º está previsto que se consideram *“(…) legítimos apenas os pedidos apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional”*. Ora, ao acrescentar-se *‘legalmente residentes em território nacional’* parece pretender cativar-se um público diferente para a prática da eutanásia. **Será que se visa publicitar Portugal como destino aprazível para o turismo de eutanásia?**

“A segunda fase do procedimento clínico é o parecer do médico orientador. O médico orientador emite parecer sobre se o doente cumpre todos os requisitos e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis e o respetivo prognóstico, após o que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada. De resto, todos os passos do procedimento clínico, e neles, a reiteração da vontade do doente, são registados, datados e assinados”. Conforme já questionámos previamente, quem é este “médico orientador”? Que relação e papel assume este médico orientador no contexto e processo de prestação de cuidados ao doente na sua trajetória de doença? Que critérios o definem como “orientador”? Acresce ainda que **“a**

informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o (doente) afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis e o respetivo prognóstico” deveria ter sido feito antes de o doente expressar o pedido de eutanásia. Por outro lado, se este “médico orientador” não está envolvido no processo de cuidados, como é detentor de toda esta informação que se pressupõe que seja dada nesta fase do processo?

“A terceira fase do procedimento clínico é a confirmação pelo médico especialista na patologia que afeta o doente. Se este parecer não for favorável à antecipação da morte do doente, contrariando, assim, o parecer do médico orientador, o procedimento em curso é cancelado, só podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura”. Em nosso entender, esta fase suscita outro tipo de questões, nomeadamente: **quem designa este médico especialista?** Que papel assume no processo de cuidados ao doente? **Porque prevalece o parecer deste médico em detrimento do parecer do “médico orientador” e da própria vontade expressa e autonomia do doente?** Pretende-se de facto o ressurgimento do paternalismo médico?

“A quarta fase do procedimento clínico é eventual. Trata-se da verificação por médico especialista em psiquiatria, nos casos expressamente previstos no projeto de lei”. **Porque é esta fase “eventual”? Em que casos se prevê uma “verificação por médico especialista em psiquiatria”?**

E uma ‘eventual’ assistência espiritual, seja de que credo for, porque não está prevista?

“Numa quinta fase, recolhidos os pareceres favoráveis dos vários médicos intervenientes, e reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador remete então, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, à Comissão de Verificação e Avaliação do Procedimento Clínico de Antecipação da Morte (“a pedido”). Em caso de parecer desfavorável desta Comissão, o procedimento em curso é cancelado, também só podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura”. Face a esta quinta fase, sugerimos que se acrescente “a pedido” na designação da Comissão. Novamente, **parece que a autonomia e liberdade individual** na qual o projeto de lei se baseia é suscetível de ser questionada se uma comissão entender que **o pedido não se justifica ou não cumpre critérios definidos por outros que não o próprio.**

Finalmente, *“a derradeira fase do procedimento clínico é a concretização da decisão do doente. Deixa-se claro que no caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação*

da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e manter a sua decisão. Evidentemente, a revogação da decisão de antecipar a morte em qualquer momento cancela imediatamente o procedimento clínico em curso". Note-se que, uma vez **iniciada a administração de medicação, se o doente mudar de ideias, é impossível reverter o processo.**

Sobre este processo, emergem ainda duas questões: **Porque é que o envolvimento do psiquiatra é eventual e não em todos os casos? Porque não se prevê a avaliação e acompanhamento por uma equipa especializada de cuidados paliativos?** Importa referir que, segundo os princípios e pressupostos dos cuidados paliativos definidos pela Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos não atrasam nem aceleram a morte e, como tal, são contra as práticas de obstinação/encarniçamento terapêutica/o e de eutanásia e suicídio (medicamente) assistido. Contudo, a nossa Lei de Bases de Cuidados Paliativos é omissa relativamente a este pressuposto, fazendo emergir a seguinte questão: **pretende o Partido Socialista que a prática de “eutanásia não punível” seja suscetível de ser enquadrada na prática das equipas de cuidados paliativos portuguesas?**

Na continuidade do projeto de lei, na página 8, é dito que *“Por vontade do doente, o ato de antecipação da morte pode ser praticado no seu domicílio ou noutro local por ele indicado, desde que o médico orientador considere que o local dispõe de condições adequadas para o efeito. Além do médico orientador e de outros profissionais de saúde envolvidos no ato de antecipação da morte, podem estar presentes as pessoas indicadas pelo doente”*. Em nosso entender, surgem aqui várias questões: na ausência de cuidados paliativos domiciliários que permitam que a maioria dos cidadãos portugueses possam ser cuidados, acompanhados e morrer no seu local de preferência (domicílio), causa-nos profunda estranheza que se preveja garantir satisfazer o desejo dos doentes que pretendem que lhes seja praticada eutanásia no seu local de eleição. **Se é no local de eleição do próprio, então, podemos assumir que pode ser qualquer local (na praia? no campo?)? Que “condições adequadas” são estas?** Considerando a dificuldade que vários familiares de doentes em processo de fim de vida têm em permanecer junto dos seus entes queridos nas instituições de saúde portuguesas, sendo esta presença limitada em número e condições dignas para estes mesmos familiares, causa-nos igualmente perplexidade que possam *“estar presentes as pessoas indicadas pelo doente”*. Novamente, **este projeto de lei plantea reiteradamente vulnerações do princípio de justiça na alocação de recursos e acesso a cuidados de saúde.**

Na página 8 é referida a realização de “*fiscalizações aos procedimentos clínicos de antecipação de morte (“a pedido”)*”. **Qual a periodicidade e o conteúdo destas fiscalizações?**

Na página 9 são mencionadas “*entidades independentes da área da justiça, saúde e bioética*”. **Que entidades independentes são estas? O que as torna independentes? Independentes de quem? Do Estado?**

No n.º 2 do artigo 8.º, (página 13), **na descrição dos métodos disponíveis são mencionadas práticas que correspondem quer à prática de eutanásia, quer à de suicídio (medicamente) assistido.** Contudo, na exposição de motivos é sempre feita referência a “*eutanásia não punível*”. Para efeitos de transparência e clareza, deveria de ser assumido, desde o início que este projeto de lei tem a ver com ambas as práticas.

Também no n.º 6 do artigo 8.º é feita referência à “*presença de uma ou mais testemunhas*”. **Que testemunhas são estas? São neutras no processo que antecedeu a administração ou autoadministração dos fármacos letais? Podem ou não ser familiares ou pessoas significativas do doente?** Assumindo que estes familiares ou pessoas significativas poderão assumir o papel de testemunhas, **que tipo de cuidado e acompanhamento ser-lhes-á assegurado?**

No n.º 2 do artigo 15.º, (página 16), prevê-se que “*caso o doente que solicite a antecipação da morte esteja impossibilitado de fisicamente escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se substituir por pessoa por si designada apenas para esse efeito, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, na presença de uma ou mais testemunha*”. Esta “*pessoa por si designada apenas para esse efeito*” **é designada de que forma? Oralmente ou por escrito?** Para designar um procurador de cuidados de saúde há todo um processo administrativo, burocrático e legal. Contudo, **em casos de pedido de eutanásia ou suicídio (medicamente) assistido basta “designar”?**

Na alínea e) do artigo 17.º, (página 17), “*Auscultar com periodicidade e frequência a vontade do doente*”. **Com que periodicidade e frequência? Igual para todos os doentes ou depende de cada profissional de saúde?** ; na alínea f) do mesmo preceito consta “*Dialogar com os profissionais de*

saúde que prestam cuidados ao doente e, se autorizado pelo mesmo, com seus familiares e amigos”.

Qual a finalidade deste diálogo?

No artigo 19.º (página 18), **falta uma referência aos regulamentos de objeção de consciência das respetivas Ordens profissionais**; não basta enviar uma cópia, há que cumprir os regulamentos das respetivas Ordens. Observa-se ainda que invocação da objeção de consciência não se aplica quando o ato que é solicitado aos profissionais está fora do seu dever. Por outro lado, nas situações em que a objeção de consciência se aplica, **o profissional não é obrigado a explicitar as suas motivações aos doentes nem são impostos prazos para tal, como pretende esta proposta de lei** nos termos do disposto no n.º2 do artigo 19.º.

No artigo 21.º (página 19), determina-se a fiscalização. Pressupõe-se que a fiscalização pela IGAS é posterior à realização dos procedimentos clínicos de antecipação da morte “a pedido”. Neste sentido, **como é que um procedimento em curso pode ser suspenso ou cancelado com base nesta fiscalização?**

No artigo 23.º (página 20), é definida a composição e funcionamento da Comissão. **Com base em que critérios são escolhidas as pessoas que constituem a Comissão?** Considerando a falta de recursos humanos na saúde e a inexistência de consultores de ética clínica, ficamos perplexos com a mobilização de recursos tão diferenciados para pedidos de eutanásia e suicídio (medicamente) assistido. Acresce que esta comissão que, relativamente a cada pedido, possui apenas cinco dias para se pronunciar, é composta por membros não remunerados. **Como garantir a excelência da competência necessária para o exercício destas funções e o cumprimento destes prazos?** Por outro lado, considerando este período temporal de cinco dias e imaginando um eventual acompanhamento por uma equipa especializada de cuidados paliativos, questionamos: **Será o sofrimento intolerável que está na génese dum pedido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido, ao qual ninguém pode ser indiferente, suscetível de ser abordado e trabalhado em cinco dias?**

3. Considerações finais

O presente ensaio espelha todo um vasto leque de questões e dúvidas, éticas e jurídicas, suscitadas pelo Projeto de Lei nº. 104/XIV, que procede à 50.^a alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível.

Perante as dificuldades para assegurar os cuidados mínimos aos portugueses (por exemplo, a falta de médico de família para todos os portugueses ou a falta de acesso a cuidados paliativos especializados para todos os que deles necessitam) pretende-se garantir e disponibilizar “médicos orientadores”, especialistas, psiquiatras (“eventualmente”), enfermeiros, juristas e bioeticistas, para participar nas práticas de eutanásia e suicídio (medicamento) assistido, e ainda um conjunto de interlocutores no processo. Como assegurar a disponibilidade destes profissionais? A aplicação equitativa da norma? Para além de ficar em aberto e suspenso a necessidade destes profissionais ponderarem em torno de princípios e valores éticos que requerem reflexão profunda e cuidada.

E ainda criar uma “Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação de Morte” (CVA), reorganizar a página da internet da Direção Geral da Saúde, formar profissionais de saúde e cidadãos sobre diferenças, por vezes ténues na sua expressão e interpretação, entre um pedido de eutanásia e uma expressão de um desejo de morte antecipada e incumbir à Inspeção Geral das Atividades em Saúde uma nova função.

E quem irá prover o financiamento dos fármacos e de todos os recursos? **Quanto custa a eutanásia?**

Haverá estudos de avaliação económica (em Portugal ou nos países que a legislaram) sobre esta matéria? Será a descriminalização da eutanásia um mero exercício de redução de despesas perante situações de onerosidade terapêutica?

Perante a desigualdade ética e social no acesso a cuidados paliativos, e ao acompanhamento do doente e da sua família/pessoas significativas, em fase final de vida, como garantir o acesso equitativo e universal à execução desta proposta de lei em todas as instituições de saúde do País, sempre limitadas por suborçamentação? O que se irá sacrificar? Certamente, **não se pode considerar eticamente aceitável que o Estado se exima dos cuidados primordiais de saúde para satisfazer pedidos de eutanásia.**

Sublinhamos ainda que se o princípio de justiça é vulnerado com a presente proposta, não menos é o da solidariedade: a aceitação e normalização social da eutanásia, a banalização da vida e da morte, a

desvalorização da vida dos mais frágeis, independentemente dos seus eventuais contributos passados para a sociedade, contribui para a emergência de uma sociedade mais egoísta, injusta e desumana. Efetivamente, acreditamos que as pessoas mantêm a sua dignidade, independentemente da situação vital em que se encontrem. A dignidade da vida humana e a sua inviolabilidade estão sempre presentes e são valores inalienáveis.

Pese embora a possibilidade deste projeto de lei ser revisto face a estas e outras questões, a verdade é que qualquer medida legal que assuma a prática de eutanásia ou suicídio (medicamente) assistido, embora resolva a dimensão legal desta problemática e provavelmente vá de encontro à tendência de normalização social face ao tema, continuará a deixar em aberto todo um vasto conjunto de questões e reflexões éticas, clínicas e sociais que um pedido de morte antecipada suscita e suscitará.

Referência bibliográficas

Projeto de Lei n.º 104/XIV Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível.

Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. Lei de Bases de Cuidados Paliativos.

Lei n.º 31/2018 de 18 de julho. Determina os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida.