

Exmo. Senhor
Presidente da Comissão de Assuntos
Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da
Assembleia da República
Deputado Luís Marques Guedes

Email: 1CACDLG@ar.parlamento.pt

N. Ref	V. Ref	Data
SAI-OE/2019/10576		28-11-2019

Assunto: Resposta a Solicitação de Parecer sobre o Projecto de Lei n.º 67/XIV/1.ª (PAN)

Senhor Presidente,

Em resposta à solicitação de parecer sobre o Projecto de Lei n.º 67/XIV/1.ª (PAN), que “*Regula o acesso à morte medicamente assistida*”, vem a Ordem dos Enfermeiros (OE), após apreciação do documento junto, apresentar o seu parecer, o que faz, alertando para o que se enuncia:

Previamente a uma análise mais detalhada, considera a Ordem dos Enfermeiros que os conceitos de morte medicamente assistida e de suicídio assistido carecem, em Portugal, de maior clarificação e maturação quer quanto à regulação, quer, essencialmente, quanto ao fundamento.

Pelo que, até que se obtenha um necessário e alargado consenso ético relativamente a estas matérias, a sua discussão não pode ou deve sobrepor-se ou antecipar-se à necessidade de assegurar uma Rede Nacional de Cuidados Continuados e Paliativos adequada, competente, eficaz, eficiente e de fácil acesso para todos aqueles que necessitam ou venham a necessitar de cuidados, bem como centrada na qualidade e dignidade dos cuidados ali prestados à pessoa em situação de fim de vida.

I. Quanto ao exercício da Enfermagem

Determinam as normas e princípios deontológicos que constituem o referencial da Enfermagem, que esta actua sempre tendo em vista a defesa da liberdade, da autonomia e da dignidade da pessoa humana.

Atente-se as normas deontológicas vertidas nos artigos 95.º e seguintes do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), publicado em anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro, segundo as quais os Enfermeiros actuam com respeito pela vida, dignidade humana e pela saúde (artigo 97.º, n.º 1), assumindo a protecção e defesa da vida humana em todas as circunstâncias (artigo 103.º), respeitando a pessoa e a sua integridade, assegurando os deveres de cuidado e de informação (artigo 104.º e 105.º).

Em concreto, e no contexto do cuidado à pessoa em fim de vida, determina o artigo 108.º do mesmo Estatuto, que os Enfermeiros assumem o dever de “[...] a) defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas [...]”.



Aos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa, compete, de acordo com as normas éticas e regulatórias vigentes, cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, aliviando o seu sofrimento através do estabelecimento de relação terapêutica adequada, e maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, bem como acompanhar e cuidar dos seus cuidadores e familiares, em particular no processo de adaptação às perdas, à morte e ao acompanhamento do luto.

Nesta perspectiva, o Projecto ora apreciado, sem prejuízo de reconhecer a necessidade de participação dos Enfermeiros na equipa prestadora de cuidados, a qual, sempre deverá apresentar uma natureza multidisciplinar e não, como uma vez mais, centrada apenas num único profissional, o médico, ignorando a intervenção concreta, não só dos profissionais de Enfermagem, como de outros profissionais de saúde junto da pessoa em situação de fim de vida, numa clara violação das recomendações técnicas e científicas, das quais resulta evidenciada a importância e necessidade de garantir a prestação de cuidados por equipas multidisciplinares, atentas até as particularidades e complexidade das necessidades destes doentes.

Sucede que o Enfermeiro é o profissional de saúde que acompanha a pessoa, ainda antes do seu nascimento, até ao final do ciclo, sendo aquele que estabelece a sua relação terapêutica tendo por base uma relação de confiança e de proximidade e que na maioria das vezes melhor conhece o “doente”, sendo inconcebível o seu afastamento do procedimento em causa, ou a sua redução a um “mero executor supervisionado” no acto de administração da terapêutica, conforme decorre do artigo 31.º.

E isto por duas ordens de razões, primeiramente por que a prática da Enfermagem constitui hoje uma profissão com um *corpus* científico próprio, compreendendo o seu exercício intervenções autónomas e interdependentes. Ora, como seguramente se compreende, no contexto das intervenções interdependentes, compreendem-se as intervenções realizadas em conjunto com outros profissionais de saúde, para atingir um objectivo comum, decorrentes de um plano de acção previamente definido em equipa, não havendo lugar para intervenções “sob a supervisão médica”, atento o disposto no artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

No mesmo sentido, o n.º 3 do artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no qual se determina que no exercício das suas funções, “os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de identidade e autonomia de exercício profissional”.

Depois, pela natureza da relação estabelecida com os destinatários de cuidados. De facto, verificando-se a relação terapêutica estabelecida entre os Enfermeiros e os doentes por si quotidianamente acompanhados numa abordagem abrangente, compreensiva e de avaliação constante do indivíduo e das suas necessidades como um todo, não se perspectiva de que forma, podem estes profissionais ser, *a priori*, afastados do procedimento em análise, sem qualquer ponderação relativa ao destinatário de cuidados individualmente considerado.

Assim, não pode esta Ordem, no que em concreto se refere aos Enfermeiros, concordar com o explanado do presente Projecto de Lei.



II. Quanto ao Projecto de Lei

Analisado o Projecto de Lei n.º 67/XIV/1.ª, apresentado pelo Partido das Pessoas, dos Animais e da Natureza (PAN), verifica-se que o mesmo, não obstante algumas alterações introduzidas, de que se destaca o reconhecimento no artigo 31.º dos inscritos na Ordem dos Enfermeiros, o mesmo mantém, no essencial, o teor do Projecto Lei n.º 418/XIII/2.ª, anteriormente apresentado pelo mesmo Partido.

Em concreto, e no contexto do cuidado à pessoa em fim de vida, e tal como sucedia no anterior artigo 3.º, o n.º 1 do artigo 5.º do presente Projecto determina *“O doente que pretenda requerer a morte medicamente assistida deverá formular o seu pedido junto de médico à sua escolha, doravante designado por médico assistente, nomeadamente o médico de família ou o médico que faça o seu acompanhamento em sede hospitalar ou em cuidados paliativos”*.

A este médico, médico assistente, compete nos termos do disposto no artigo 6.º e seguintes, não apenas a gestão procedimental, mas a análise do pedido à luz dos requisitos exigidos na presente proposta de diploma, bem como prestar ao doente toda a *“informação sobre o seu estado de saúde, a sua expectativa de vida, possibilidades terapêuticas ainda disponíveis, possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos, consequências e impactos na vida do doente”*, conforme decorre do consagrado nas alíneas que compõem o n.º 1 do artigo 6.º.

Ora o uso do advérbio *“nomeadamente”*, confere à norma vertida no artigo 5.º uma natureza meramente exemplificativa, permitindo que o médico escolhido para gerir todo o procedimento, e emitir a decisão final (artigo 10.º) de morte assistida possa ser alguém sem contacto quotidiano com o doente ou alguém de uma área de especialidade distinta da patologia principal ou dos cuidados paliativos, o que, pode, de forma grave, prejudicar a concretização dos deveres a que se encontra obrigado.

A este facto acresce um outro de idêntica importância, a escolha do *“médico consultado”*, devendo este ser detentor da área de especialidade da patologia principal, conforme artigos 6.º e 7.º.

Sucede que, sendo este profissional escolhido pelo médico assistente, que lhe enviará processo clínico (não se alcança se o uso da expressão *“dossiê clínico”* traduz um novo suporte da informação clínica e de saúde, a criar para efeitos do presente Projecto Lei), também ele poderá não ter qualquer contacto com o doente.

Assim, não podemos concordar com uma formulação em que o acompanhamento de doentes, em fase de fim de vida, contemple apenas intervenção de três profissionais de saúde (médico assistente, médico consultado e médico psiquiatra) que com ele não tenham qualquer relação, sem se prever, em momento algum, a intervenção de profissionais da equipa multidisciplinar que, todos os dias, prestam cuidados de saúde ao utente.

Considerando não apenas a dimensão ética e deontológica em causa, e que como resulta evidenciado, suscita inúmeras dúvidas, importa ponderar principalmente a necessidade de se garantir que a decisão do doente é tomada no final de um processo de *“adequada informação”*. Ora, não se ouvir nem integrar no processo os profissionais que melhor conhecem as implicações e consequências da *“doença ou lesão incurável”* pela proximidade da relação terapêutica estabelecida, nomeadamente do acompanhamento e avaliação quotidianos do *“sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado”*, não garante que a decisão tomada seja livre e consciente e plenamente informada.

Atente-se que a importância da multidisciplinidade resulta evidenciada em inúmeros normativos aplicáveis no contexto da prestação de cuidados de saúde, e em particular nas “*Comissões de Ética para a Saúde*”, constituídas por uma equipa multidisciplinar na qual devem estar representadas, entre outras, as áreas profissionais como a medicina, o direito, a filosofia/ética, a teologia, a enfermagem, a farmácia, e outras que garantam os valores culturais e morais da comunidade, de acordo com o objecto da instituição, conforme consagrado no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de Outubro.

Quanto à inclusão no presente Projecto da obrigatoriedade de parecer da Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei, atenta a particularidade, complexidade e cautela que deve revestir o presente procedimento, não podemos deixar de concordar com a existência e inclusão de mecanismos de verificação do mesmo, concordando ainda com a inclusão de um Enfermeiro na sua composição, conforme artigo 24.º.

No entanto, sugere-se, atenta a alteração ora proposta na composição da Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei, que no artigo 26.º, n.º 2, onde se lê “*A Comissão só pode deliberar quando estejam presentes pelo menos cinco dos seus membros*”, que se leia “*A Comissão só pode deliberar na presença da totalidade dos seus membros*”, uma vez que atento o disposto no artigo 24.º a sua composição é de “*cinco membros*” e não já de sete como na anterior proposta apresentada pelo mesmo Partido (evidenciado nosso).

Relativamente ao disposto no artigo 18.º, quanto à verificação do óbito, e em particular quanto ao seu n.º 2, sendo a causa de morte aposta na certidão de óbito a patologia da qual o doente padecia, suscita-se a dúvida quanto aos indicadores necessários ao acompanhamento e monitorização da presente Lei, bem quanto à sua harmonização com os restantes indicadores de saúde e de doença, e quanto aos dados estatísticos que a Comissão deve disponibilizar nos termos do artigo 28.º, se para todos os efeitos a causa de morte surgirá incluída na patologia sofrida.

Por fim, e para além do enunciado, e numa perspectiva de legística formal, atento o disposto no Capítulo VII sob a epígrafe “*Alterações legislativas*”, e em particular quanto ao artigo 34.º do Projecto de Lei apreciado, no qual se pretende a alteração dos artigos 134.º e 135.º do Código Penal, não podemos deixar de considerar que o objecto definido no artigo 1.º fica aquém do pretendido no *corpus* normativo apresentado, porquanto o mesmo, não se limita a *regular o acesso à morte assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido*, também procede à alteração do Código Penal, despenalizando a acção dos profissionais de saúde nos regimes dos artigos 134.º e 135.º quando tenham agido a pedido expresso, reiterado e competente do interessado, vítima de doença ou lesão incurável.

Consequentemente, a Ordem dos Enfermeiros considera que o presente Projecto de Lei não apresenta maturidade para que possa ser analisado enquanto tal, sendo de não aceitar a redacção proposta.

Com os melhores cumprimentos,



Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo
com competências delegadas pela Digníssima Bastonária