

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](mailto:1CACDLG@ar.parlamento.pt)

N. Ref	V. Ref	Data
SAI-OE/2020/1946		17-02-2020

**Assunto:** Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 195/XIV/1.ª (IL)

Senhor Presidente,

Em resposta à solicitação de parecer sobre o Projecto de Lei n.º 195/XIV/1.ª, apresentado pelo Partido Iniciativa Liberal, e no qual se *“Regula a antecipação do fim da vida, de forma digna, consciente e medicamente assistida”*, vem a Ordem dos Enfermeiros, após apreciação do documento junto, apresentar o seu parecer, o que faz, alertando para o que, seguidamente, se enuncia:

Previamente a uma análise mais detalhada, considera a Ordem dos Enfermeiros que a discussão sobre a antecipação do final da vida, seja através da normação dos conceitos de morte medicamente assistida ou de suicídio assistido carece, em Portugal, de maior clarificação e maturação quer quanto à regulação e prática, 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.

A existência, de facto, de uma Rede de Cuidados Continuados e Paliativos mostra-se assim como condição essencial ao reconhecimento da dignidade e exercício da liberdade individual a que a presente iniciativa, tal como as ora presentes a discussão, apela como fundamento, e isto porque a escolha não deve cingir-se à antecipação, ou não, da própria morte, antes deve, em nome da dignidade individual, permitir escolher a prestação de cuidados de saúde adequados à concreta situação em que se encontram todos aqueles que, *“padecendo de lesão definitiva ou doença incurável e fatal, esteja[m] em sofrimento duradouro e insuportável”*, o que não se verifica, de facto, em Portugal para a generalidade de indivíduos nas condições referidas.

I. Quanto ao exercício da Enfermagem



Determinam as normas e princípios deontológicos que constituem o referencial da Enfermagem, que esta atua 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, 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, não espelha aquilo que é a prática da Enfermagem nas situações que visa regular, centrando o procedimento num só profissional, o “*Médico Responsável*”, e cingindo a participação dos Enfermeiros a “*meros assistentes*” durante o procedimento, tal como resulta previsto no n.º 2 do artigo 16.º do Projecto, “*Podem assistir os médicos durante o procedimento de antecipação da morte os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Enfermeiros, excluindo-se aqueles que possam vir a obter benefício direto ou indireto da morte do Doente, nomeadamente, vantagem patrimonial, bem como aqueles que tenham interesse sucessório*”.

A norma enunciada ignora 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.

Sucedem 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 por isso inconcebível o seu afastamento do procedimento em causa, ou a sua redução a um “*mero assistente*” durante o procedimento de antecipação da morte, conforme decorre do artigo 16.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.



Pelo que, e como facilmente se alcança, 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 a intervenções de mera “assistência”, 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 atuação 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 no presente Projecto de Lei, em particular quanto ao enunciado no n.º 2 do artigo 16.º, atentos até os deveres que no artigo 17.º oneram os restantes profissionais de saúde.

## II – Quanto ao Projecto de Lei

Analisado o Projecto de Lei n.º 195/XIV/1.ª, apresentado pelo Partido Iniciativa Liberal (IL), verifica-se que o mesmo não apresenta diferenças significativas quanto ao conteúdo e forma do vertido nas restantes iniciativas, ainda que na parte preambular se invoque um certo reforço do formalismo e solenidade exigido para os restantes negócios jurídicos, a verdade é que nem podemos concordar com a expressão *“negócio jurídico”*, mas antes da antecipação do momento da própria morte, nem o formalismo consagrado no articulado difere do já proposto em iniciativas anteriores.

Para além do enunciado, a Ordem dos Enfermeiros não pode concordar com a afirmação de que os profissionais de saúde agem sujeitos a *“pressões e influências impróprias”* de diversa natureza, pressões estas susceptíveis de ameaçarem os doentes, e em particular os mais vulneráveis. O afirmado revela-se ilegítimo, insultuoso e ultrajante para todos aqueles que, diariamente, em situações de escassez de meios, de recursos e de particular adversidade, asseguram a prestação de cuidados de saúde, seguros, adequados e de qualidade.

Em concreto, e no contexto do cuidado à pessoa em fim de vida, e tal como sucede nos restantes Projectos apreciados nesta sede, *“O pedido é dirigido ao médico escolhido pela pessoa que cumpra os requisitos previstos no número anterior, doravante designado por “Médico Responsável”, que pode ou não ser ou ter sido o médico pessoal ou de família daquela e que pode ou não ser especialista na patologia que a afete”*.

E a este médico que pode conhecer ou não a pessoa e que pode, ou não, ser especialista na patologia em causa ou até em cuidados paliativos compete, nos termos do n.º 2 do artigo 2.º do presente Projecto



de Lei, prestar “... o esclarecimento e informação adequados sobre o procedimento clínico e sobre as alternativas de tratamento aplicáveis e viáveis, nomeadamente cuidados paliativos”, e reitera a alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º, “Presta ao Doente toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, disponibiliza informação sobre os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e informa sobre o respetivo prognóstico, realizando, para tal, todas as consultas que considere necessárias”, em total desrespeito pelas áreas de competências técnico-científicas reconhecidas pelas autoridades competentes aos profissionais de saúde.

A este médico, “médico responsável”, compete nos termos do disposto nos artigos 2.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 e esclarecimento sobre a situação clínica que afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis e o respetivo prognóstico ...”, e ainda a possibilidade de administração dos fármacos escolhidos, nos termos do enunciado no n.º 2 do artigo 8.º.

Na verdade, e ainda que fosse possível aceitar a consagração da escolha do doente nos termos do já enunciado, o recurso à expressão “... e que pode ser especialista na patologia que a afecte”, permite que este médico orientador seja alguém de uma área de especialidade completamente distinta da patologia principal ou dos cuidados paliativos, o que, de forma grave, prejudica a concretização dos deveres a que se encontra obrigado, nomeadamente o dever a prestar toda “a informação e esclarecimento”, atentas as especificidades científicas e terapêuticas de cada área de especialidade, consideração esta mais preocupante no que se refere à administração do fármaco letal, a qual exigirá a presença de profissional científica e tecnicamente preparado.

É ainda a este profissional que compete, num primeiro momento, emitir parecer favorável, ou não, à realização de procedimento de antecipação da morte, não sendo claro qual a consequência do cancelamento previsto no n.º 2 do artigo 4.º.

Assim, e após parecer favorável do médico responsável, encontra-se este obrigado a consultar médico especialista nos termos do n.º 3 do artigo 5.º, sendo que o regime enunciado viola de forma grave o direito à autonomia e escolha dos prestadores de cuidados, bem como ainda a autonomia técnico-científica própria das profissões de saúde, ferindo a necessária confiança que subjaz e caracteriza a relação estabelecida entre doentes e prestadores de cuidados, ainda mais estando aquele numa situação de particular vulnerabilidade.

Sucedo que, sendo este profissional imposto ao médico responsável através de uma lista sequencial de profissionais, é chamado a pronunciar-se sobre o final de vida do doente concretamente considerado, doente este ao qual foi imposto sem consideração pelo princípio de autonomia e de direito de escolha do doente.

Assim, não podemos concordar com uma formulação em que o acompanhamento de doentes em fase de fim de vida contemple a intervenção formal de dois profissionais de saúde, considerando que, em sentido diverso de outros Projectos de Lei apresentados, nesta sede, a intervenção de médico psiquiatra se cinge às situações concretamente enunciadas no artigo 6.º.





Não se concebe que o procedimento se centre em profissionais que possam não ter com o doente, não obstante a sua escolha, uma relação de proximidade, sem se prever, para além do enunciado no artigo 16.º, 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, a qual 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 e diariamente acompanham as implicações e consequências da vivência daqueles que se encontram em fim de vida, pela proximidade da relação terapêutica estabelecida, nomeadamente no acompanhamento e avaliação quotidianos do *“sofrimento extremo”*, não se garante que a decisão tomada seja livre e consciente e plenamente informada, atenta, até, a dificuldade de objectivação dos conceitos em causa.

Atente-se que a importância da multidisciplinariedade resulta evidenciada em inúmeros normativos aplicáveis no contexto da prestação de cuidados de saúde.

Para além do enunciado, consagra a presente proposta a disponibilização de acompanhamento psicológico obrigatório para o doente, veja-se o n.º 4 do artigo 2.º, como para os profissionais de saúde, conforme disposto no n.º 3 do artigo 16.º *“aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento de antecipação da morte é disponibilizado, sempre que solicitado, apoio psicológico”*.

Consagração esta que nos suscita, para além de outras, questões de ordem organizacional, uma vez que não se vislumbra de que forma tal acompanhamento poderá ser assegurado atentos os recursos humanos disponíveis, bem como de equidade e de justiça, considerando que existe um número significativo de situações em que os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde diários carecerem do devido acompanhamento, o que, como se sabe, não se verifica.

Ainda no que se refere ao exercício da liberdade individual e autonomia do doente, determina o artigo 10.º, sob a epígrafe *“Pessoalidade da decisão”* que, *“Sem prejuízo do disposto no número anterior, no caso de o Doente que solicite a antecipação da morte estar fisicamente privado da possibilidade de escrever e assinar, pode proceder-se à substituição por pessoa expressamente designada pelo Doente apenas para esse efeito, devendo a assinatura ...”*.

No entanto, o n.º 3 do mesmo artigo 10.º limita e condiciona o exercício dessa liberdade e autonomia, ao impor *“A pessoa designada pelo Doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício directo ou indirecto da morte do Doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório”*.

Ainda que se acompanhe a bondade e cautela do preceituado poderão existir situações nas quais, atenta a natureza da relação existente entre o Doente e a pessoa por si escolhida, esta preencha nomeadamente, o requisito sucessório, pelo que sempre deveria existir um qualquer procedimento de garantia e controlo que não ferisse a esfera da autonomia e liberdade individual do Doente.

Quanto aos locais autorizados, e atenta a possibilidade de escolha do médico responsável pelo doente, e que” ... *pode ou não ser ou ter sido o médico pessoal ou de família daquela e que pode ou não ser especialista na patologia que a afete*”, as questões suscitadas decorrem essencialmente da harmonização necessária à sua concretização, em particular quando a escolha recaia sobre médico de família ou profissionais com prática privada sem qualquer relação com unidades licenciadas e autorizadas para a prestação de cuidados de saúde.

O que coloca a questão do acompanhamento do doente e família pelos profissionais de saúde adequados e nas condições e meios recomendados à prestação de cuidados desta natureza.

Quanto ao procedimento de avaliação, determina o n.º 4 do artigo 22.º, a possibilidade de responsabilização penal e disciplinar dos profissionais envolvidos. No entanto, e considerando a participação da Comissão, nos termos do artigo 7.º, sempre deveria o normativo em apreço, contemplar a responsabilização dos membros desta mesma Comissão, quando na sequência de análise e apreciação o procedimento, sejam suscitadas dúvidas quanto à sua actuação.

Ainda numa perspectiva de legística formal, atento o disposto no Capítulo V sob a epígrafe “*Disposições finais*”, e em particular quanto ao artigo 23.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 *definir e regular as condições em que a antecipação da morte por decisão consciente e expressa, manifestando vontade atual, livre, séria e esclarecida da própria pessoa que, padecendo de lesão definitiva ou doença incurável e fatal, esteja em sofrimento duradouro e insuportável, quando praticada ou assistida por profissionais de saúde, não é punível*, uma vez que, tal como resulta evidenciado do preceituado no artigo 23.º, 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 no cumprimento dos requisitos estabelecidos no Projecto de Lei em análise.

Em concreto, o presente Projecto de Lei não espelha aquela que é a realidade das equipas multidisciplinares na prestação de cuidados de saúde, como tão pouco consagra qualquer formalismo distinto do vertidos em idênticas propostas apreciadas, tal como enunciado na sua parte preambular.

Face ao enunciado, e atenta a natureza das questões suscitadas, até contrariando as boas práticas técnica e cientificamente recomendadas, a Ordem dos Enfermeiros considera que o presente Projecto de Lei não apresenta a maturidade necessária 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

