

Pareceres sobre as Iniciativas Legislativas

PARECER DA ORDEM DOS ADVOGADOS RELATIVO AO PROJECTO DE LEI N.º 773/XIII/3.^a (BE)

(Autoriza a morte medicamente assistida, tornando não puníveis os crimes de homicídio a pedido da vítima e de incitamento ou ajuda ao suicídio, desde que cumpridos os requisitos constantes do presente projecto de lei)

I. Sentido e limites do parecer

O presente projecto de lei, datado de 7 de Fevereiro de 2018, da autoria do Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda (BE), trata de uma das questões mais complexas que podem colocar-se a qualquer legislador do mundo, ao menos do nosso entorno jurídico-cultural. Trata-se daquilo que o presente projecto designou por “morte medicamente assistida” e que, vulgarmente, na literatura jurídica, médica, sociológica, filosófica e de outras áreas do saber, se designa por “eutanásia”.

Tendo em conta as atribuições e as competências da Ordem dos Advogados Portugueses (doravante, abreviadamente, O.A.), cumpre-nos salientar, antes de mais, que se trata de uma exclusiva opção de política legislativa e criminal que compete aos órgãos de soberania titulares do poder legislativo, neste caso, à Assembleia da República, pelo que exorbitaria essas mesmas competências que a O.A., a final, neste parecer, se pronunciasse a favor ou contra a existência desta figura jurídica no nosso Ordenamento. Nem o poderia fazer, agora por outra ordem de razões, visto que, como é reconhecido e já foi mesmo anunciado por alguns partidos políticos, existirá liberdade de voto nas bancadas parlamentares, reconhecida como é tratar-se esta de uma eminente matéria de consciência individual. Foi esse, aliás, o sentido

do parecer que o Conselho Geral da Ordem proferiu em 27 de Março de 2017, então a propósito do projecto de lei n.º 418/XIII/2.^a (PAN), o qual regulava o acesso à morte medicamente assistida.

Aquilo que se propõe a O.A. é fornecer, de modo necessariamente breve, o actual enquadramento juscriminal sobre o tema da eutanásia e tecer alguns comentários sobre o articulado proposto, no sentido construtivo de, se essa for a decisão das Senhoras e dos Senhores Deputados, ultrapassar alguns pontos menos claros do projecto de lei. Serve, ainda, o conspecto que a seguir se tecerá, para colocar em perspectiva a necessidade ou não de legislar sobre o tema, sabido que é que a eutanásia comporta específicos sentidos técnico-jurídicos e que apenas em alguns casos muito concretos se admite a sua punição juscriminal, no domínio do vigente quadro existente.

II. A eutanásia como problema jurídico-criminal — breve conspecto

Como se sabe, o art. 24.º da CRP consagra o direito à vida em lugar cimeiro de todo o Ordenamento jurídico, pois dele deriva a eminente dignidade da pessoa em que repousa a República e o Estado de Direito democrático e social em que vivemos (arts. 1.º e 2.º da CRP). A vida humana é disponível pelo próprio e indisponível por terceiros. Esse tem sido o resultado dessa mesma priorização deste direito, liberdade e garantia, por isso sujeito ao mais forte regime de protecção dos direitos fundamentais, no essencial corporizado no art. 18.º da CRP.

Tal não significa, na História nacional, que se não venha assistindo a uma relativização do que começou por ser um resultado hermenêutico jusconstitucional inquestionável, bastando pensar na matéria da punição do aborto (arts. 141.º e 142.º do Código Penal — CP) e, mais proximamente do tema que nos ocupa, nas “directivas antecipadas de vontade”, mais conhecidas por “testamento vital”. Também seria aqui ocioso fazer um relance de Direito Comparado e chamar a atenção para o que a literatura especializada vem descrevendo como a possibilidade de a não punição de todas as formas de eutanásia comportar um certo “efeito de escalada” ou, em outra perspectiva, mais economicista, no desinvestimento nos cuidados continuados (já não nos referimos aos cuidados paliativos, por estarem paredes-meias com o tema do presente projecto de lei).

Quedando-nos por Portugal, muito se tem escrito sobre a eutanásia no domínio jurídico-criminal⁽¹⁾ — afinal aquele sobre o qual agora se pretende legislar —, pelo que, como anunciado, apenas elaboraremos um brevíssimo esboço sobre o tema, com o desiderato, antes de mais, de precisar tecnicamente o que é a eutanásia e, de alguma forma, “desmistificar” a ideia de que esta se apresenta como uma realidade una — quando, ao invés, é proteiforme — e que é sempre punível criminalmente.

Nas palavras de JORGE DE FIGUEIREDO DIAS⁽²⁾, a eutanásia consiste no “auxílio prestado, de acordo com a sua vontade, real ou presumida, a uma pessoa severa e irrecuperavelmente enferma, frequentemente em insuportável sofrimento, no sentido de lhe permitir uma morte em condições que o enfermo reputa, ou há razões para presumir que repute, humanamente dignas”. Em sentido estrito, ela é o processo de morte já se iniciou e esta está irremediavelmente próxima, enquanto em sentido amplo podemos falar nas hipóteses em que o enfermo pode ainda viver algum ou mesmo muito tempo, mas manifesta a vontade, ou esta é de presumir, de pôr fim a uma vida que, devido à doença e ao sofrimento, lhe aparece como insuportável.

Existem várias modalidades de eutanásia, cada uma delas dotada de um regime próprio. Assim, a ajuda à morte activa directa consiste em “por meio de um comportamento activo se produz[ir] a morte ou se apressa[r] intencionalmente a ocorrência da morte”⁽³⁾, como é o caso paradigmático de administrar uma injeção letal. Nestas hipóteses, o agente é sancionado a título de homicídio, com possível dispensa de pena por via do estado de necessidade do art. 35.º, n.º 2, do CP. Já a sua modalidade indirecta é definida como a de meios destinados a poupar o moribundo a dores e sofrimentos quando é previsível um encurtamento eventual do período de vida como consequência lateral indesejada⁽⁴⁾, como sucede na administração de doses crescentes de morfina. A conduta não é punida por estar dentro do “risco permitido”, atendendo à chamada “teoria da conexão do risco” no problema da imputação objectiva dos crimes materiais ou de resultado. Dúvidas existem apenas quanto ao seu carácter atípico ou justificado. Por seu turno, a ajuda à morte passiva, traduz-se na “omissão ou interrupção de

(1) Para citar somente um exemplo, JOSÉ DE FÁRIA COSTA e INÊS GODINHO (org.) *As Novas Questões em Torno da Vida e da Morte em Direito Penal. Uma Perspectiva Integrada*, Coimbra, Coimbra Editora, 2011.

(2) «Anotação ao art. 131.º do CP», in: JORGE DE FIGUEIREDO DIAS (dir.), *Comentário Conimbricense do Código Penal*, 2.ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 2012, p. 19, autor que seguiremos de muito perto.

(3) «Anotação...», *cit.*, p. 20.

(4) *Ibidem*, p. 29.

tratamento que determina um encurtamento do tempo de vida por forma tal que este deve considerar-se objectivamente imputável àquela”⁽⁵⁾. Exemplo disto é a renúncia a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento intensivo que poderiam prolongar a vida do doente. Nesta modalidade, é possível divisarem-se três hipóteses: *i*) o doente recusa a intervenção ou a continuação: é de respeitar a vontade do doente, sob pena de se cometer o crime do art. 156.º do CP; ainda aqui, se a interrupção de tratamentos técnicos ocorre por indicação médica e a desejo do paciente (o mesmo se diz para o suicídio), são atípicas tais condutas; *ii*) se a omissão descrita vai contra a vontade expressa do paciente, estamos perante um homicídio doloso omissivo, excepto se se tratar de um “tratamento fútil”; *iii*) finalmente, quando o paciente não se encontra em condições de exprimir a sua vontade, o médico tem o direito (e talvez o dever) de interromper medidas absolutamente inúteis; se o doente ainda se não pode considerar moribundo (pode ainda viver mais tempo, mas perdeu a consciência), as dúvidas adensam-se; para FIGUEIREDO DIAS, nestes casos, decisiva é a determinação da vontade do doente se pudesse, de modo informado, pronunciar-se sobre a situação, o que nos conduz à importância das “directivas antecipadas de vontade” — DAV — (Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho)⁽⁶⁾ e de outros elementos de prova.

Ora, para situações próximas — e sublinhemos o adjectivo, pois se não trata do mesmo, mas certo é que, em algumas hipóteses segregadas pela vida social a legislação a seguir analisada tem já em conta várias das preocupações do presente projecto de lei a Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho, no seu art. 2.º, n.º 1 define as “directivas antecipadas de vontade” como “o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente. Na prática, o sistema só foi implementado no terreno a partir de Julho de 2014 (e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, a partir de 15 de Outubro de 2014).

De forma meramente exemplificativa, as DAV podem consistir em (art. 2.º, n.º 2): *a*) não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais; *b*) não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissio-

⁽⁵⁾ *Ibidem*, p. 20.

⁽⁶⁾ O modelo de DAV foi aprovado pela Portaria n.º 104/2014, de 15 de Maio.

nais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte; *c*) receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doerwa grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada; *d*) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental; *e*) autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos. De acordo com o art. 5.º da Lei, são juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito, as DAV: *a*) que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma actuação contrária às boas práticas; *b*) cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos arts. 134.º e 135.º do CP; *c*) em que o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade.

O “testamento vital” tem de revestir a forma escrita, assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do RENTEV — Registo Nacional do Testamento Vital(7) ou notário, com as menções do art. 3.º, n.º 1, tendo uma validade de cinco anos, renováveis, se de modo expreso tal for indicado pelo “testador” (art. 7.º), prevendo-se, no cumprimento de mandamento constitucional, o direito à objecção de consciência (art. 9.º). De entre os requisitos de capacidade para lavrar DAV (art. 4.º), exige-se que as pessoas sejam maiores de idade; não se encontrem interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica e se encontrem capazes de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido. Quanto à eficácia das DAV (art. 6.º), as mesmas não devem ser respeitadas quando: *a*) se comprove que o outorgante não desejaria mantê-las; *b*) se verifique evidente desactualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado; *c*) não correspondam às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura. Como verdadeira válvula de segurança, prescreve o n.º 4 que, “(em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as directivas antecipadas de vontade, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante”.

(7) Este tem por finalidade recepcionar, registar, organizar e manter actualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de directivas antecipadas de vontade e a procuração de cuidados de saúde (art. 15.º).

Interveniente essencial nas DAV é também o “procurador de cuidados de saúde”, definido no art. 11.º e que, ao fim e ao cabo, funciona como uma espécie de “testador” responsável pela fiscalização da vontade do declarante e pelo acompanhamento do respectivo cumprimento, sendo certo que existe uma prevalência do “testamento vital” sobre as indicações do “procurador de cuidados de saúde”, o qual é um mero intérprete qualificado e executor da vontade previamente manifestada pelo outorgante (art. 13.º, n.º 2).

Do que fica exposto, em *summaria cognitio*, resulta necessariamente que o legislador já é sensível ao chamado “direito à disposição sobre o próprio corpo”⁽⁸⁾, na modalidade de, em estado de consciência, qualquer ser humano poder recusar certos tratamentos que poderiam prolongar a vida quando tal colida com a sua opção individual de o fazer. O que agora se pretende fazer é, todavia, diverso: conceder, também sempre em estado de consciência, e não já anteriormente à data em que uma doença irreversível se tenha instalado no organismo, a possibilidade de ser administrado ao próprio meios que lhe causem a morte, visto que, para aquela pessoa, é insustentável manter a vida em tais condições.

III. Análise do projecto de lei

1. Considerações genéricas

O projecto de lei apresenta o articulado como uma questão de direitos humanos, tomando claramente posição no sentido da maior relevância da vontade do doente quando comparada com o dever fundamental do Estado de manter a vida dos seus cidadãos e residentes no seu território. É de louvar o sistema de “freios e contra-freios” encontrado, os quais passam por uma avaliação exclusivamente médica e dando a última palavra ao doente. Fica--se com a sensação da leitura do projecto de que tantas vezes se pergunta, de modo directo e com redução a escrito da sua vontade em morrer, que é mesmo essencial que tal decisão, por natureza do mais radical solipismo, seja o mais ponderada possível e que, no *procedere* assim instituído, quem decida, tenha várias hipóteses de reverter o processo iniciado,

⁽⁸⁾ Pioneira, entre nós, a dissertação de doutoramento de LUÍSA NETO, *O direito fundamental à disposição sobre o próprio corpo. A relevância da vontade na configuração do seu regime*, Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade do Porto e Coimbra Editora, 2004, *passim*.

o qual, aliás — e bem — pode ser revogado a todo o tempo, antes da administração da substância final que conduzirá inexoravelmente à morte. Se tal é exigido para que o projecto não esbarre no texto constitucional, também não é despreciando o sofrimento psicológico que tais sucessivas manifestações da vontade de morrer possam causar ao concreto indivíduo. Na verdade, existe uma primeira manifestação a que alude o art. 3.º, n.º 1; uma segunda prevista no âmbito do art. 4.º; uma terceira na sequência de parecer favorável emitido pelo médico especialista (art. 5.º, n.º 4); uma quarta nos termos do art. 8.º, n.º 1; uma quinta constante do art. 8.º, n.º 3; uma sexta, desta vez eventual, nas hipóteses a que alude o art. 8.º, n.º 5; uma sétima e última prevista no art. 8.º, n.º 6.

Pela máxima radicalidade da decisão que já tivemos ocasião de assinalar, não estranharia a O.A. que o projecto, a merecer aprovação na Assembleia da República, fosse submetido, pelo Senhor Presidente da República, a fiscalização preventiva da constitucionalidade das normas nele insertas, visto que tal funcionaria como uma garantia acrescida de que a CRP não constitui óbice às concretas soluções encontradas. Em matérias de tão séria repercussão individual e social, cremos bem que este controlo se imporia mesmo, bastando lembrar os pronunciamentos que, em matéria próxima, a da descriminalização do aborto nas primeiras dez semanas de gestação, por vontade da mulher, sem ter a justificar, desde que em estabelecimento de saúde legalmente autorizado, o Tribunal Constitucional elaborou e que — cremos — ajudaram decisivamente no aplacar de dúvidas que existem sempre em matérias assaz sensíveis. Trata-se, obviamente, de matéria que de todo exorbita a esfera de atribuições e competências da O.A.

2. Considerações específicas

2.1. A figura jurídico-criminal escolhida. O art. 22.º do projecto propõe uma alteração aos arts. 134.º e 135.º do CP, com a seguinte redacção: “A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas pela Lei n.º ...”. Estamos em face, ao menos de um prisma literal, de uma condição objectiva de não punibilidade, que encima os elementos do conceito material de crime. Assim, tudo indica que, para o projecto de lei, mesmo respeitando as condições aí expressas, a conduta é típica, ilícita e culposa, mas apenas não punível.

Não parece ser esse o melhor resultado hermenêutico, na medida em que tal significaria que poder-se-ia recorrer a qualquer das figuras de atipicidade, de justificação da ilicitude ou de exclusão da culpa para reagir contra aquilo que, a ser aprovado o projecto, passaria a ser uma conduta lícita para os terceiros que auxiliem na morte do paciente. Isto não significa que discordemos do modo como o projecto se exprime, tanto mais que usa a mesma terminologia, p. ex., do art. 142.º, n.º 1, do CP, a propósito da interrupção voluntária da gravidez (IVG) não punível: “*Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando*”. O que pretendemos sinalizar é que, em nosso juízo, estamos em face de uma figura de justificação da ilicitude que encontra o seu étimo fundante no tipo justificador do consentimento (art. 38.º do CP). Esta é, porém, uma discussão que, se o projecto se transformar em Lei, ocupará por certo a doutrina e a jurisprudência e que exorbita a natureza deste parecer.

2.2. Art. 2.º O n.º 2 deste inciso, de modo a não restarem dúvidas, para além de se referir a pessoa maior e “capaz de entender o sentido e o alcance do pedido”, deveria ser maior, não interdita ou inabilitada, capaz de entender...

2.3. Art. 3.º Obviamente que sem pôr em causa toda a honestidade e profissionalismo do “médico responsável” a que se refere o n.º 2, entendemos que não basta que a assinatura a rogo se faça na presença deste, mas que seja presenciado e atestado tal acto por notário ou por quem, legalmente, o pode praticar. Só assim se garantiria uma total fiabilidade em acto de tão grave alcance na vida do doente e que o mesmo não se encontra em condições de assinar. Aliás, esta proposta é a que melhor se harmoniza também com as regras do Código do Notariado.

O n.º 4 não se refere aos apátridas, não havendo razões para os exceptonar da sua aplicação, desde logo em face do art. 15.º, n.º 1, da CRP.

Percebe-se a opção tomada no n.º 3, por favorecer o que neste domínio é mais importante: a inquebrantável relação de confiança entre o doente e o médico por si escolhido, bem como a circunstância de este não ter de ser da especialidade da patologia que atinge o paciente, visto que esses especialistas intervirão mais tarde.

2.4. Art. 5.º O n.º 1 deste artigo levanta-nos a dúvida sobre o modo como o médico responsável “deve consultar um médico especialista na patologia que afecta o doente”, visto que não há qualquer indicação no projecto como isso se passa. É por mero conhecimento do médico responsável? De acordo com que critérios? Mais uma vez não pondo minimamente em causa uma classe que muito respeitamos, mas devendo a Lei, na medida do possível, acautelar e impedir a sua própria fraude, como garantir que nunca existirá qualquer tipo de “conluio” entre esses dois clínicos: o médico responsável e o especialista? Porventura a solução passasse pela consulta a este último clínico se fazer através de uma lista para o efeito preparada pela Ordem dos Médicos, de entre aqueles que manifestem o desejo de aí serem inscritos, dado que se prevê — e muito bem — o direito à objecção de consciência.

2.5. Art. 6.º Sem desejar de todo imiscuir-nos em matéria reservada à Ordem dos Psicólogos, mas não fugindo também à condição de cidadãos que a todos nos vincula, sabido como é que a situação em que se encontram estes doentes é de grande padecimento não somente físico, mas também psiquiátrico/psicológico, talvez fosse avisado garantir o mínimo de sessões com psicólogo clínico (ou com psiquiatra com formação na área da psicoterapia), por forma a se poder elaborar um diagnóstico com maior conhecimento concreto da específica situação. Também nos suscita dúvidas — para o que será de grande relevo o parecer da Ordem dos Médicos —, exactamente pela circunstância de normal grave debilidade psíquica/psicológica que o parecer previsto neste art. 6.º do projecto não seja igualmente *sempre* obrigatório, como o é o do médico especialista do art. 5.º, mas apenas nas hipóteses indicadas nas alíneas do n.º 1, do art. 6.º.

2.6. Art. 7.º Em termos de correcção legística, melhor seria substituir, no n.º 3, a expressão “ser dado” por “ser proferido (ou prolatado)” ou “ser emitido”.

Julga-se também existir um lapso no mesmo número, ao remeter para o n.º 4 do art. 7.º, quando se julga que seria o n.º 4 do art. 5.º. Acresce que se terá de aditar ainda, no momento *a quo* da contagem do prazo de 24 horas as hipóteses em que há lugar a parecer proferido por médico psiquiatra (art. 6.º). Assim, propõe-se a seguinte redacção para o n.º 3 deste art. 7.º: “O parecer da Comissão deverá ser emitido no prazo de 24 horas após a recepção do Boletim de Registos enviado nos termos do n.º 4 do artigo 5.º

da presente lei ou, sendo caso disso, do parecer favorável a que alude o artigo anterior”.

2.7. Art. 8.º Mais uma vez sem prejuízo do que a Ordem dos Médicos disser sobre a matéria, temos dúvidas quanto à possibilidade de o médico responsável pela administração do meio letal escolher a substância química para o fazer, na medida em que este pode ser especialista em medicina geral e familiar e pode não dispor dos conhecimentos de áreas como a anestesiologia. Assim, porventura fosse de prever a necessidade de colaboração, neste aspecto, de um clínico dessa especialidade.

Nas hipóteses tratadas no n.º 5 devia prever-se que a decisão de continuar com o processo de morte assistida deve ser igualmente reduzida a escrito e constar do Boletim de Registos, por forma a dotar o sistema de mais garantias e segurança, uma vez que estamos a falar de uma situação-limite em que o doente perde a consciência e depois volta a recuperá-la. Por outro lado, essencial também se nos mostra assegurar que essa recuperação é medicamente comprovada, para o que não nos parece apenas necessário o parecer do médico responsável.

Nestes termos, proporíamos para a seguinte redacção:

“5. No caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza.

6. Excepcionam-se do preceituado no número anterior as hipóteses em que, até à data do procedimento, o doente recuperar a consciência e manter a sua decisão, o que será atestado, por escrito, pelo médico responsável e por outro clínico, preferencialmente com experiência em cuidados paliativos, de tudo ficando registo no Boletim de Registos”.

A referência na parte *in fine* do n.º 5, do art. 8.º não tem, s.m.j., qualquer sentido, uma vez que se de acordo com as normas das DAV se pudesse antecipar a morte, nem sequer se poderia — lógica e legalmente proceder ao instituto jurídico que ora se visa criar, pelo que a sua referência é não só tecnicamente errada, como introduz uma irritação hermenêutica de não pequena monta. Donde, é nosso parecer que esse segmento normativo deve ser eliminado.

O constante do n.º 6 deve ficar igualmente documentado por escrito, por maioria de razão em face dos anteriores momentos em que tal se exige, tanto mais que se trata do último momento prático em que o doente pode revogar a sua vontade.

Assim, atendendo à renumeração do artigo acima proposta, a redacção deveria ser a seguinte:

“7. Imediatamente antes de iniciar a administração ou auto-administração dos fármacos letais, o médico responsável deve confirmar se o doente mantém e reitera a vontade de antecipar a sua morte, *o que deverá fazer por escrito, constando tal declaração do Boletim de Registos*”.

Note-se que o presente projecto, por rectas contas, trata não apenas das hipóteses em que um terceiro (médico) leva a cabo todo o procedimento que conduz à antecipação da morte, mas também aquele em que o último acto que tem como consequência directa esse resultado pode ser praticado pelo próprio doente.

2.8. Artigos 10.º e 20.º É necessário garantir que as hipóteses previstas no n.º 2 não decorram de decisões menos reflectidas do doente e que ponham em causa a segurança da antecipação da morte. Assim, p. ex., se o paciente deseja que o seu último momento de vida seja ao ar livre, em um dado jardim público, não vemos como tal seja compatível com a protecção de outros bens jurídicos igualmente com dignidade constitucional, como seja o de não serem os demais cidadãos obrigados a assistir a tais eventos. Donde, expressamente devia vedar-se que a morte ocorra em locais públicos ou acessíveis ao público e que, em caso de discordância, a decisão caiba, em última instância, à Comissão criada nos termos do art. 19.º, uma vez que ela actua como fiscalizadora da legalidade de todo o processo.

Em consequência, propõe-se a seguinte redacção:

“2. Por vontade do doente, o acto de antecipação da morte pode ser praticado no seu domicílio ou em outro local por ele indicado, excepto em locais públicos ou de acesso ao público e desde que a Comissão referida no art. 19.º entenda que o mesmo reúne as condições adequadas para o efeito.

Nas competências da Comissão prevista no art. 19.º, referidas no art. 20.º do projecto de lei, por decorrência lógica, passaria a constar o seguinte deste último inciso, no seu n.º 1:

“1. *Para além da competência prevista no n.º 2 do artigo 10.º, a Comissão avalia...*”

2.9. Art. 11.º Uma vez mais sem prejuízo das Ordens profissionais da área da Saúde que emitem parecer no presente processo legislativo serem quem melhor pode avaliar este ponto, o segmento “outros profissionais de saúde que praticam ou ajudam ao acto de antecipação da morte”, não obstante a regulamentação prevista no art. 24.º do projecto de lei, deveriam logo aqui merecer uma densificação acrescida. O mesmo se diga quanto ao art. 14.º, n.º 3, al. *a*) do projecto de lei.

2.10. Art. 16.º Percebe-se que, de entre os deveres dos profissionais de saúde esteja a garantia de que a decisão do doente é livre “de qualquer interferência ou coacção externa e ilegítima”, mas torna-se essencial, para a certeza e segurança na aplicação desta eventual Lei, que estes conceitos indeterminados sejam concretizados, pelo menos com recurso à técnica dos exemplos-padrão, para se entender o que o legislador teve em mente ao construir este segmento normativo. Terão sido influências de familiares, amigos, grupos de pertença, como confissões religiosas?

2.11. Art. 18.º Temos por inconveniente a norma da parte final do n.º 2, uma vez que o instituto da objecção de consciência não devia exigir, em situações de fronteira como esta que o objector indique “as razões” que motivam a sua decisão (cf. art. 41.º, n.º 6, da CRP). Não se ignora que outras disposições existem já no nosso ordenamento jurídico em que solução próxima da agora preconizada é letra de lei, como sucede, p. ex., na Lei da Procriação Medicamente Assistida (art. 11.º, n.º 3, da Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho). Porém, sabendo-se também que se trata de garantir que não haja falsas objecções de consciência que nada mais são que uma forma de não cumprir as obrigações profissionais, neste caso, dos médicos, é nosso entendimento que seria curial que a indicação dos concretos motivos não fosse obrigatória. Tanto mais que, em matéria mais próxima daquela que agora se visa regular, como a da IVG, o art. 6.º da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, ripristinada a sua redacção inicial pelo art. 3.º da Lei n.º 3/2016, de 29 de Fevereiro, não é tão exigente quanto a versão agora constante do projecto de lei sob apreciação.

2.12. Art. 19.º Surge-nos de difícil compreensão a razão que preside à escolha legislativa do n.º 3, na medida em que os três juristas que compõem esta Comissão são indicados pelos dois Conselhos Superiores

das duas Magistraturas e pela Assembleia no que é uma menorização da O.A. Na verdade, ou os três juristas são indicados pelo Parlamento, ou se o objectivo é encontrar um representante das profissões jurídicas que mais de próximo lidam com este fenómeno, não se entende porque foi a Ordem dos Advogados preterida. Damos aqui por reproduzidas, por razões de economia discursiva o que o já citado parecer do Conselho Geral da O.A. (de 27 de Março de 2017) expendeu em relação à inevitável ligação da advocacia a estas matérias.

2.13. Art. 25.º Dado tratar-se de uma intervenção legislativa de largo alcance prático e com as intrincadas questões que começámos por assinalar neste parecer, não somente jurídicas, mas éticas, morais, filosóficas e ideológicas, tudo aconselha a que o período da *vacatio legis* seja mais prolongado, no mínimo de 60 (sessenta) dias e não os 30 propostos.

3. Síntese conclusiva

Tratando-se, como é, de decisão exclusiva do poder legislativo, que reflecte uma dada mundivisão em variadas temáticas, pelo que, como dissemos *ab initio*, se trate das matérias de decisão mais complexa, a O.A. limitou-se ao escrupuloso cumprimento das suas atribuições e competências, sem tomar posição sobre a questão de fundo. Permite-se apenas sublinhar que se trata de matéria que exige um amplo debate na sociedade portuguesa e que não se compadece com processos legislativos rápidos.

Se o entendimento das Senhoras e dos Senhores Deputados for no sentido de avançar na descriminalização das (poucas) hipóteses legais em que existe efectivamente censura jurídico-criminal, cumpridas que sejam, em toda a linha, as exigências do que pode vir a ser uma Lei da República, então chamamos a mais viva atenção para os contributos que pretendemos construtivos e que constam dos comentários que antecedem.

Tal é o parecer da Ordem dos Advogados Portugueses.

Lisboa, 3 de Abril de 2018.

O Bastonário,
GUILHERME FIGUEIREDO