

Morte Provocada a Pedido do Próprio, Opinião de Sócios da SPMI

Provoked Death at Request of the Person, Opinion of SPMI Associates

Antonio H. Carneiro^{1,2} , Rui Carneiro^{1,2} , Ana R. Sanches^{2,3} , Nuno R. Ferreira^{2,4} 

Resumo:

A iniciativa da Assembleia da República Portuguesa para aprovar a lei que “... regula as condições especiais em que a morte medicamente assistida não é punível” trouxe à discussão um conceito novo para os Portugueses: a morte provocada a pedido do próprio. O diploma pretende balizar as condições de acesso a este procedimento, nomeadamente no enquadramento de admissão, trâmites e principais intervenientes.

Os médicos são diretamente implicados neste novo ato médico. É necessário conhecer o que pensam e considerar ser necessidades de informação e formação.

O Núcleo de Estudos em Bioética da SPMI promoveu um inquérito de opinião aos internistas Portugueses sobre a clareza dos termos utilizados nos Projetos-Lei, a congruência com restante ordenamento jurídico e ético da profissão e sobre as necessidades formativas neste âmbito.

Cerca de 42% dos respondentes mostrou indisponibilidade para envolvimento neste novo ato médico. As condições clínicas suscetíveis de acesso ao procedimento não são de significado claro para mais de 70%-80% dos respondentes, conforme os termos definidos na lei: “lesão definitiva de gravidade extrema”, “lesão grave ou incurável” e “sofrimento de grande intensidade”. Menos de 16% consideram que o Portugal oferece bons cuidados em fim de vida e que a solicitação da morte provocada a pedido do próprio não constitui critério de prioridade de acesso a Cuidados Paliativos.

O presente estudo feito com Internistas portugueses identifica dúvidas, dificuldades e revela opiniões dos respondentes, muitas vezes com visões contrárias. Os dados apurados ajudam a perceber o problema e dão pistas para futuras investigações e desenvolvimentos.

Palavras-chave: Cuidados Terminais; Eutanásia; Suicídio Assistido.

Abstract:

The Portuguese Parliament recently approved the law that “... regulates the special conditions in which medically assisted death is not punishable” and created a new concept for the Portuguese: death provoked at the request of the person. The diploma intends to rule the conditions for access to this procedure, namely the framework of admission, procedures and main players. Physicians are directly involved in this new medical act. It is necessary to know what they think and consider to be their information and training needs.

The Núcleo de Estudos de Bioética of the SPMI carried out an opinion survey among Portuguese internists on the clarity of the terms used in the law, their consistency with the rest of the legal and ethical system of the profession and on the training needs in this area.

About 42% of the respondents showed unavailability to get involved in this new medical act. The clinical conditions susceptible to access to the procedure are not of clear meaning for more than 70% of the respondents, according to the terms defined in the law: “definitive injury of extreme gravity”, “serious or incurable injury” and “suffering of great intensity”. Less than 16% consider that Portugal offers good end-of-life care and that the request for death provoked at one's own request does not constitute a priority criterion for access to Palliative Care.

The present study carried out with Portuguese internists identifies doubts, difficulties and reveals the opinions of respondents, often with opposing views. The collected data help to understand the problem and give clues for future investigations and developments.

Keywords: Euthanasia; Suicide, Assisted; Terminal Care.

Introdução

A Assembleia da República (AR) elaborou e aprovou, em dezembro de 2022, a terceira versão do diploma que “**Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível**”,¹ depois de o Presidente da República e o Tribunal Constitucional lhe terem devolvido as versões anteriores. Se esse diploma se converter em Lei, cria um ato médico novo: provocar morte a pedido do próprio.

Este procedimento é admissível, no entendimento do legislador, se cumprir de forma cumulativa os seguintes pressupostos: o requerente ser adulto, português ou legalmente

¹Departamento de Medicina, Urgência e UCI, Hospital da Luz Arrábida, Gaia, Portugal

²Membro do Secretariado do Núcleo de Estudos em Bioética (NEBio) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), Lisboa, Portugal

³Serviço de Medicina, Centro Hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

⁴Serviço de Medicina, Hospital da CUF Tejo, Lisboa, Portugal

<https://doi.org/10.24950/rspm.1521>

residente em Portugal, capaz de exercer a sua autonomia e ter, neste contexto “situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal, praticada ou ajudada por profissionais de saúde.”¹ Esta decisão pode converter-se num “procedimento clínico e legal, correspondendo a uma vontade atual, séria, livre e esclarecida”, sendo que é assegurado que “o pedido pode ser livremente revogado a qualquer momento” e que “ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos”.¹ Admite ainda, e de forma instrumental, que este procedimento pode decorrer por “suicídio medicamente assistido” ou por “eutanásia”.¹ A Tabela 1 apresenta as definições utilizadas no enquadramento legislativo atual.

Tabela 1: Definições utilizadas pelo legislador para enquadrar o procedimento da morte provocada a pedido do próprio. As aspas reforçam que os termos desta tabela são transcrições da legislação aprovada na generalidade.

<p>“Morte medicamente assistida” <i>“morte que ocorre por decisão da própria pessoa, em exercício do seu direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde”</i></p>
<p>“Suicídio medicamente assistido” <i>“autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente, sob supervisão médica”</i></p>
<p>“Eutanásia” <i>“administração de fármacos letais, pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito”</i></p>
<p>“Doença grave e incurável” <i>“doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade”</i></p>
<p>“Lesão definitiva de gravidade extrema” <i>“lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa”</i></p>
<p>“Sofrimento de grande intensidade” <i>“sofrimento físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa”</i></p>

Adaptado de¹

As versões prévias e a adequação dos termos e conceitos utilizados nestes diplomas já foram comentadas pelos autores.²

Para o procedimento “morte medicamente assistida” (que designaremos por morte provocada a pedido do próprio-MPPP, para clarificação de termos e conceitos) a Lei define vários intervenientes (Tabela 2) com competências diversas (Tabela 3).

Tabela 2: Intervenientes (para além da pessoa doente) no processo de morte provocada a pedido do próprio. As aspas reforçam que os termos desta tabela são transcrições da legislação aprovada na generalidade.

<p>“Médico orientador” <i>“médico indicado pelo doente, que tem a seu cargo coordenar toda a informação e assistência ao doente, sendo o interlocutor principal do mesmo durante todo o processo assistencial, sem prejuízo de outras obrigações que possam caber a outros profissionais. Pode ser ou ter sido o médico pessoal ou de família do doente e que pode ser especialista na patologia que afete o doente.”</i> <i>Tem como funções “prestar-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos e o respetivo prognóstico”.</i></p>
<p>“Médico especialista” <i>médico especialista na patologia que afeta o doente e que não pertence à mesma equipa do médico orientador.</i></p>
<p>“Comissão de Verificação e Avaliação” <i>É “composta por 5 personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação do presente diploma, nos seguintes termos: Jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura; Jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público; Médico indicado pela Ordem dos Médicos; Enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros; Especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.”</i></p>

Adaptado de¹

Tabela 3: Deveres dos profissionais intervenientes no “processo clínico de antecipação da morte”. As aspas reforçam que os termos desta tabela são transcrições da legislação aprovada na generalidade.

<p><i>“Informar o doente de forma objetiva, compreensível, rigorosa, completa e verdadeira sobre o diagnóstico, tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, resultados previsíveis, prognóstico e esperança de vida da sua condição clínica”</i></p>
<p><i>“Informar o doente sobre o seu direito de revogar a qualquer momento a sua decisão de antecipar a morte”</i></p>
<p><i>“Informar o doente sobre os métodos de administração ou autoadministração das substâncias letais para que possa escolher e decidir de forma esclarecida e consciente”</i></p>
<p><i>“Assegurar que a decisão do doente é livre, esclarecida e informada”</i></p>
<p><i>“Auscultar com periodicidade e frequência a vontade do doente”</i></p>
<p><i>“Dialogar com os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente e, se autorizado pelo mesmo, com seus familiares e amigos”</i></p>
<p><i>“Falar com o procurador de cuidados de saúde, no caso de ter sido nomeado e se para tal for autorizado pelo doente”</i></p>
<p><i>“Assegurar as condições para que o doente possa contactar as pessoas com quem o pretenda fazer”</i></p>

Adaptado de¹

Para o procedimento prevê-se a criação de um Registo Clínico Especial que integrará as seis fases do processo:

- 1) o pedido de abertura do procedimento clínico efetuado pelo doente, que tem de ser pessoa maior, em situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal, dirigido ao médico orientador, que é escolhido pelo doente;
- 2) a segunda fase do procedimento clínico é o parecer do médico orientador, que emite parecer sobre se o doente cumpre todos os requisitos devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada;
- 3) a terceira fase do procedimento clínico é a confirmação pelo médico especialista na patologia que afeta o doente, se estão ou não reunidas as condições referidas no artigo anterior, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza incurável da doença ou a condição definitiva da lesão;
- 4) quarta fase do procedimento, é facultativa, e consta de avaliação por médico especialista em psiquiatria sempre que ocorra uma das seguintes situações: *“o médico orientador e/ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte revelando uma vontade séria, livre e esclarecida; o médico orientador e/ou o médico especialista admitam ser a pessoa portadora de perturbação psíquica que afete a sua capacidade de tomar decisões revelando uma vontade séria, livre e esclarecida;*
- 5) quinta fase, recolhidos os pareceres favoráveis dos vários médicos intervenientes, e reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador solicita parecer sobre o cumprimento dos requisitos das fases anteriores do procedimento à Comissão de Verificação e Avaliação (CVA) do Procedimento Clínico de Antecipação da Morte;
- 6) a derradeira fase do procedimento clínico é a concretização da decisão do doente.¹ Por vontade do doente, o ato de antecipação da morte pode ser praticado no seu domicílio ou noutra local por ele indicado, desde que o médico orientador considere que o local dispõe de condições adequadas para o efeito.¹ Além do médico orientador e de outros profissionais de saúde envolvidos no procedimento que provoca a morte podem estar presentes outras pessoas indicadas pelo doente.¹

Assumindo que estamos em presença de uma nova competência atribuída a médicos (e a outros profissionais e saúde) auscultamos os Internistas Portugueses no que concerne:

- i) grau de congruência dos Projetos de Lei com o enquadramento jurídico e ético do exercício da especialidade Medicina Interna;
- ii) clareza das definições utilizadas para identificar as condições necessárias para aceder à morte provocada a pedido do próprio;

- iii) capacitação dos internistas nas competências técnicas necessárias para exercício das funções inerentes ao procedimento de morte provocada a pedido do próprio.

Estes dados ajudarão a perceber a sensibilidade dos Internistas Portugueses neste domínio e poderá ter utilidade no debate sobre o que estes projetos de diploma designam como “morte medicamente assistida”.

TERMOS E CONCEITOS

Em Portugal, 62% das pessoas morrem nos Hospitais,³ ou seja, morrem com assistência médica o que torna equívoca e incorreta a expressão “morte medicamente assistida” utilizada na Lei, para referir a MPPP. Neste inquérito utilizamos, intencionalmente, o termo Morte Provocada a Pedido do Próprio (MPPP)² porque é a expressão correta para o que se quer referir e porque não se presta a erros de interpretação.^{2,4}

Neste texto e no questionário não utilizamos, propositadamente, o termo “eutanásia”, por ser um termo equívoco, usado na Lei veterinária para referir o abate de animais errantes e nos media para referir o abate de cães, gatos, ratos, morsas, gado no matadouro, vítimas do holocausto nazi, ...^{2,4}.

Por outro lado ainda há autores que interpretam o termo incorretamente para descrever “decisão de não reanimar”(DNR), para referir a decisão de não iniciar e/ou suspender suporte artificial de funções vitais (SAFV, ...)^{2,4} que nada têm a ver com a Lei da AR que *“regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal 2022”*.¹ O objeto deste diploma está definido no seu art 2º, ou seja a morte que ocorre no *“...exercício do direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde...”*.¹ Na discussão de um tema desta sensibilidade e complexidade, optamos por utilizar apenas termos explícitos, claros e com significado preciso.^{2,4}

Material e Métodos

Os autores, membros do Secretariado do Núcleo de Estudos em Bioética (NEBio) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) elaboraram um inquérito de opinião que distribuíram por todos os Internistas inscritos na SPMI utilizando os recursos eletrónicos do Secretariado da SPMI. O inquérito foi introduzido através de um texto de apoio elaborado para o efeito de enquadrar o problema e o conteúdo do projeto de Lei.

A caracterização da amostra incluiu género (frequência absoluta e relativa) e idade (média; mínimo e máximo). Solicitamos que se estimasse o número doentes em fim de vida avaliados pelos respondentes, por ano, discriminados em quatro grupos (< 10 / 10-30 / 31-50 / >50 doentes).

Solicitámos aos respondentes que valorizassem o grau de concordância com 24 asserções, recorrendo a uma escala de Lickert com cinco níveis (discordo totalmente; discordo; sem

opinião; concordo; concordo totalmente) (Anexo 1). A resposta ao questionário, em suporte de *software* específico e exclusivo para este fim, foi voluntária e anonimizada. Os dados apresentados correspondem às respostas coletadas entre agosto e fim de outubro de 2022. Consideramos não haver necessidade de apreciação por Comissão de Ética para os cuidados de saúde, uma vez que há anonimização completa e nenhuma intervenção ou repercussão clínica sobre os intervenientes ou seus doentes. Considerou-se o caráter voluntário da resposta a expressão do consentimento dos respondentes.

Resultados

Obtiveram-se 168 respostas válidas, 94 (55,9%) de sócios da SPMI do género feminino e com média de idades (máximo e mínimo) de 45,5 (26-78) anos. Quase metade da amostra (47,0%) disse avaliar anualmente mais de 50 doentes em fim de vida (Tabela 4).

Do ponto de vista da disponibilidade para se envolverem no processo de MPPP, 51,8% dos respondentes declaram-se indisponíveis para qualquer função no processo de MPPP (Tabela 4). Dos que se declararam disponíveis, a maioria (90%) disponibilizou-se para exercer mais de uma função, incluindo 65% como “médicos orientadores”, 70% para integrar a Comissão de Verificação e Avaliação (CVA) e 56 % para serem “médicos especialistas” (Tabela 4).

Quando inquiridos sobre as condições necessárias para participar no processo de prescrição da medicação inerente ao processo de MPPP, 10% da população, inicialmente indisponível para participar em qualquer uma das tarefas, reconsideraria a sua posição, reduzindo para 42% a taxa de indisponibilidade total para tarefas relacionadas com a MPPP. As necessidades identificadas pelos médicos incidiram em mais treino prático e formação (52%), dispor de um interlocutor para dissipar todas as suas dúvidas (39%), aumentar as condições de segurança para o doente (26%) e 2,4% pretende ter mais garantias contra procedimentos criminais.

No que se refere ao enquadramento jurídico em contexto de doença avançada ou em fim de vida, 52,3% (88) dos inquiridos declararam conhecer o conteúdo da Lei nº 31/2018 que reconhece os “Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida”, cerca de um quarto (26,7%) considera-a compatível com a Lei que regulamenta a MPPP, mas 44,6% (75) declararam não ter opinião formada. A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos é do conhecimento de 59,5% (100) dos médicos Internistas respondentes e 40 (23,8%) considera-a compatível com a Lei da MPPP; também aqui 41,6% (70) da amostra não tem opinião formada (Tabela 5).

A maioria dos respondentes considera haver dissonância entre a presente Lei da MPPP e a Constituição portuguesa, na asserção da inviolabilidade do direito à vida (42,8% são de opinião que são compatíveis) e da inviolabilidade da integridade física e moral (48,8% aceitam haver concordância entre essas leis) (Tabela 5). Já sobre Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CD da OM),⁵ setenta e dois (42,8%) dos respondentes consideraram o enquadramento da Lei incompatível com o dever de guardar respeito pela vida humana desde o seu início. Um número aproximado (n = 69) considera não haver incompatibilidade nestes dois tópicos, com 16,0% declararem-se sem opinião. A redação atual do CD da OM⁵ estabelece que é “vedada [ao médico] a ajuda ao suicídio, eutanásia” e 60,1% dos respondentes acha esta asserção incompatível com a proposta legislativa sobre a MPPP. Quando a pergunta se refere ao “uso de meios extraordinários de manutenção de vida e se devem ser interrompidos nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente”,⁵ artigo 67º do CD da OM, 70,2% dos respondentes consideraram-no compatível com o diploma da AR sobre a MPPP.

A atual Lei define as condições clínicas exigíveis para acesso à MPPP, definindo “lesão definitiva de gravidade extrema”, “lesão grave ou incurável” e “sofrimento de grande intensidade”, que os respondentes consideraram não ser garante

Tabela 4: Dados demográficos da amostra e disponibilidade para integrar equipas clínicas no contexto de solicitação de MPPP.

	N: 168
Género feminino (n;%)	94 (55,9%)
Idade em anos (média; mínimo-máximo) [por favor remover este dado]	45,5 (26-78)
Proporção de doentes em fim de vida avaliados anualmente (n; %)	
Menos de 10 doentes	15 (8,9%)
Entre 10-30	34 (20,2%)
Entre 31-50	40 (23,8%)
Mais de 50 doentes	79 (47,0%)
Disponibilidade para funções no processo de MPPP	
Indisponíveis para qualquer função no processo de MPPP	87 (51,8%)
Disponíveis para cumprir qualquer função no processo de MPPP (n; %)	81(48,2%)
Disponíveis para serem Médico Orientador (n)	53/81
Disponíveis para serem Médicos Especialista (n)	45/81
Disponíveis para serem Médico da Comissão de Avaliação (n)	55/81

Tabela 5: Resultado do questionário aos internistas portugueses sobre o projeto de Lei que regulamente as condições em que a “morte medicamente assistida” não é punível.

	Concordo totalmente	concordo	sem opinião	discordo	Discordo totalmente
a. Tenho conhecimento do conteúdo da Lei nº31/2018 (Direito das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida)	27	61	21	36	23
b. Considero que Portugal providencia bons cuidados às pessoas em fim de vida	1	25	3	88	51
c. Considero o enquadramento dos PL sobre MPPP compatível com Lei nº31/2018 (Direito das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida)	6	39	75	31	17
d. Considero o enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio compatível como Código Deontológico da Ordem dos Médicos no que concerne à alínea 1 do Artigo 63.º: “O Médico deve guardar respeito pela vida humana desde o seu início”	25	44	27	37	35
e. Considero o enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio compatível como Código Deontológico da Ordem dos Médicos no que concerne à alínea 2 do Artigo 65.º: “ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia”.	10	25	32	51	50
f. Considero o enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio compatível como Código Deontológico da Ordem dos Médicos no que concerne ao nº 3 do artigo 67.º: “O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente”	58	60	15	13	22
g. O enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio é compatível com o artigo 24.º da Constituição portuguesa que afirma que “o direito à vida é inviolável”	27	45	29	38	29
h. O enquadramento dos Projetos-Leisobre morte provocada a pedido do próprio é compatível como o artigo 25.º da Constituição portuguesa que afirma que “o direito à integridade física e moral da pessoa é inviolável”	34	48	28	34	24
i. Tenho conhecimento do conteúdo da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.	28	72	30	23	15
j. Considero o enquadramento do Projeto-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio compatível como o conteúdo da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.	5	35	70	31	27
k. Considero que o acesso a cuidados paliativos em Portugal é fácil.	2	13	0	83	70
l. Acho adequado que, para respeitar os tempos de resposta céleres inerentes ao procedimento de morte provocada a pedido do próprio, o doente que o solicite tenha prioridade no acesso a cuidados paliativos em relação a outros que não desejem solicitar a morte a pedido do próprio.	14	29	14	62	49
m. A sedação paliativa é uma alternativa legal ao procedimento de morte provocada a pedido do próprio, conforme os respetivos Projetos-Lei	16	65	28	35	24
n. A interrupção voluntária de hidratação e alimentação por parte do doente é uma alternativa legal ao procedimento de morte provocada a pedido do próprio, conforme os respetivos Projetos-Lei	14	49	33	51	21
o. A definição de lesão definitiva de gravidade extrema (como está descrita no Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio), é garante de segurança no enquadramento do procedimento em questão	4	33	42	59	30

Tabela 5: Resultado do questionário aos internistas portugueses sobre o projeto de Lei que regulamente as condições em que a “morte medicamente assistida” não é punível. (cont.)

	Concordo totalmente	concordo	sem opinião	discordo	Discordo totalmente
p. A definição de lesão grave ou incurável (como está descrita no Projeto-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio), é garante de segurança no enquadramento do procedimento em questão	5	35	34	64	30
q. A definição de sofrimento de grande intensidade (como está descrita no Projeto-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio), é garante de segurança clínica no enquadramento do procedimento em questão	5	28	35	66	34
r. Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para esclarecer o doente sobre “a situação clínica que o afeta”	33	94	9	20	12
s. Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para esclarecer o doente sobre “os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis”	31	83	13	33	8
t. Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para esclarecer o doente sobre “os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis na área dos cuidados paliativos”	35	82	8	38	5
u. Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para esclarecer o doente sobre “o respetivo prognóstico”	37	102	7	18	4
v. Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para determinar se o doente detém capacidade de decisão	16	72	14	57	9
w. Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para identificar causas remediáveis de sofrimento	32	115	6	14	1
x. Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para tratar causas remediáveis de sofrimento	37	108	9	14	0
total	502	1362	582	996	590
%	12%	34%	14%	25%	15%

de segurança no enquadramento do procedimento em questão em 52,9%, 55,9% e 59,5% dos casos, respetivamente. A estes juntam-se 25,0%, 20,2% e 20,8%, de respondentes que sobre as mesmas questões se declaram “sem opinião” (Tabela 5).

Apenas 15,5% (26) dos respondentes consideraram que Portugal providencia bons cuidados de fim de vida e 91,1% (153) considerou que o acesso a Cuidados Paliativos no nosso país não é fácil. Quando a questão colocada foi a legitimidade de priorizar o acesso a Cuidados Paliativos aos requerentes de MPPP, para que se possam cumprir os prazos estipulados no mecanismo processual da MPPP, 66,1% dos respondentes discordaram dessa opção.

A sedação paliativa foi considerada uma alternativa legal à MPPP por 48,2% dos profissionais, sendo que 16,6% disseram não ter opinião. Por seu turno, a interrupção voluntária de hidratação e alimentação, por parte do doente, foi considerada uma alternativa legal ao procedimento de MPPP por 37,5% dos respondentes e 19,6% disseram não ter opinião.

No grupo de questões referentes ao esclarecimento dos doentes, os respondentes declararam estar confiantes para esclarecer a situação clínica (concordam ou concordam totalmente) (75,5%), esclarecer os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis (67,8%), esclarecer os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis na área de cuidados paliativos (69,6%) e para esclarecer o doente sobre o respetivo prognóstico em 82,7% (Tabela 5). Declararam ainda confiar (concordar ou concordar totalmente) nas suas competências para avaliar a capacidade de decisão (52,3%), identificação das causas remediáveis de sofrimento (87,5%) e o seu tratamento dirigido (86,3%) (Tabela 5).

Discussão

O presente estudo de opinião, inédito no nosso país, é importante porque apresenta dados sobre um assunto que é novo em Portugal e que vai envolver médicos portugueses pela primeira vez. Representa uma visão de Internistas, uma das especialidades mais próximas da discussão das questões relacionadas com o fim de vida.

ANEXO 1

Questões para os participantes

A morte provocada a pedido do próprio pode, em breve, ser uma realidade em Portugal. Já pensou como vai responder a uma solicitação destas? Este questionário tem por objetivo conhecer a opinião dos Internistas portugueses no que concerne

- ▶ Grau de congruência dos Projetos-Lei com o enquadramento jurídico e ético do exercício da nossa especialidade;
- ▶ Clareza das definições utilizadas para identificar as condições necessárias para aceder à morte provocada a pedido do próprio;
- ▶ Capacitação dos internistas nas competências técnicas necessárias para exercício das funções inerentes ao procedimento de morte provocada a pedido do próprio

Há um novo ato médico na forja, para o qual poderemos vir a ser solicitados. É muito importante fazer chegar aos decisores políticos, a opinião dos clínicos. A sua opinião ajudará a perceber a sensibilidade dos Internistas portugueses, neste domínio e por consequência ajudará a orientar o debate e esclarecimento sobre o que estes projetos de diploma designam como “morte medicamente assistida”

O questionário é voluntário e totalmente anonimizado.

Preencha, sff, de acordo o seu grau de concordância/discordância utilizando esta escala Likert:

concordo totalmente

concordo

sem opinião

discordo

discordo totalmente

QUESTIONÁRIO

- a. Tenho conhecimento do conteúdo da Lei nº31/2018 (Direito das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida)
- b. Considero que Portugal providencia bons cuidados às pessoas em fim de vida
- c. Considero o enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio **compatível com Lei nº31/2018** (Direito das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida) (<https://data.dre.pt/eli/lei/31/2018/07/18/p/dre/pt/html>)
- d. Considero o enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio compatível como Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Diário da República, 2.ª série — N.º 139 — 21 de julho de 2016) no que concerne à alínea 1ª do Artigo 47.º: “O Médico deve guardar respeito pela vida humana desde o seu início.
- e. Considero o enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio compatível como Código Deontológico da Ordem dos Médicos no que concerne à alínea 2 do Artigo 65.º: “ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia”.
- f. Considero o enquadramento dos Projetos-Leisobre morte provocada a pedido do próprio compatível como Código Deontológico da Ordem dos Médicos no que concerne ao nº 3 do artigo 67.º: “O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente.”

QUESTIONÁRIO (cont.)

g.	O enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio é compatível como o artigo 24º da Constituição portuguesa que afirma que “o direito à vida é inviolável”
h.	O enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio é compatível como o artigo 25º da Constituição portuguesa que afirma que “o direito à integridade física e moral da pessoa é inviolável”
i.	Tenho conhecimento do conteúdo da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.
j.	Considero o enquadramento dos Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio compatível como o conteúdo da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos . https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html
k.	Considero que o acesso a cuidados paliativos em Portugal é fácil .
l.	Acho adequado que, para respeitar os tempos de resposta céleres inerentes ao procedimento de morte provocada a pedido do próprio, o doente que o solicite tenha prioridade no acesso a cuidados paliativos em relação a outros que não desejem antecipar processo de morte .
m.	A sedação paliativa é uma alternativa legal ao procedimento de morte provocada a pedido do próprio, conforme os respetivos Projetos-Lei
n.	A interrupção voluntária de hidratação e alimentação por parte do doente é uma alternativa legal ao procedimento de morte provocada a pedido do próprio, conforme os respetivos Projetos-Lei
o.	A definição de lesão definitiva de gravidade extrema (como está descrita no Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio), é garante de segurança no enquadramento do procedimento em questão.
p.	A definição de lesão grave ou incurável (como está descrita no Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio), é garante de segurança no enquadramento do procedimento em questão.
q.	A definição de sofrimento de grande intensidade (como está descrita no Projetos-Lei sobre morte provocada a pedido do próprio), é garante de segurança clínica no enquadramento do procedimento em questão.
r.	Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para esclarecer o doente sobre “a situação clínica que o afeta” .
s.	Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para esclarecer o doente sobre” os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis” .
t.	Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para esclarecer o doente sobre “os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos”
u.	Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para esclarecer o doente sobre “o respetivo prognóstico” .
v.	Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para determinar se o doente detém capacidade de decisão .
w.	Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para identificar causas remediáveis de sofrimento .
x.	Quanto às funções dos clínicos envolvidos, sinto-me confiante para tratar causas remediáveis de sofrimento .

Comentários Finais:

Obrigado pela sua colaboração. Mantê-lo-emos a par dos resultados deste inquérito. Se as respostas chegarem em tempo oportuno apresentaremos resultados durante o 28º CNMI

O Secretariado do NEBio

Os respondentes têm uma distribuição etária e por género concordante com o perfil dos Internistas portugueses e demonstraram ter experiência de acompanhamento de pessoas em fim de vida, já que quase metade da amostra declarou seguir mais de 50 doentes em fim de vida por ano.

Cerca de metade (52%) declarou indisponibilidade para participar em qualquer procedimento relacionado com a MPPP e este reduziu-se para 42% quando questionados sobre as condições necessárias para a sua participação no processo. Como já havia sucedido com o abortamento, as posições pessoais dos médicos e cidadãos são heterogéneas o que justificará objeções de consciência, previstas neste projeto de Lei. São dados compreensíveis já que se não conhece a regulamentação que vai enquadrar estes procedimentos, pelo que os respondentes não têm, por enquanto, a noção de quais são as exigências concretas, para cada uma das funções, que enquadram este novo ato médico. A regulamentação do processo esclarecerá dúvidas e tipificará a formação e créditos de que os protagonistas precisarão para cumprir funções de médico orientador, médico especialista e de membro da CVA.

A Lei da AR enquadra e define as condições clínicas suscetíveis de permitir acesso à MPPP, nos seguintes termos “*lesão definitiva de gravidade extrema*”, “*lesão grave ou incurável*” e “*sofrimento de grande intensidade*”. No entanto, para mais de 70% dos respondentes, as definições apresentadas não são garante de segurança no enquadramento do procedimento em questão. Na interpretação dos autores, nenhuma “*doença grave e incurável*” nem nenhuma “*lesão definitiva de gravidade extrema*” justifica ou legitima a solicitação da MPPP. Essas especificações devem ser entendidas como exigências que o Legislador considerou necessárias para circunscrever as condições em que é legal solicitar ajuda para acionar o processo de MPPP, ou seja juridicamente necessárias, mas não suficientes. Já o “*sofrimento de grande intensidade*” entendido como: “*sofrimento físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa*”¹¹ pode ser entendido como móbil legal para ativar o processo de MPPP. Reconheça-se, contudo, que a dimensão do sofrimento, percebido como intolerável, só o próprio pode assumir.

Aos profissionais de saúde cumpre proporcionar oportunidades de alívio das causas controláveis do sofrimento. Os respondentes assinalaram as fragilidades do nosso país a disponibilizar tais recursos pela dificuldade sentida no acesso aos Cuidados Paliativos e ao considerar que Portugal não providencia bons cuidados de fim de vida. Este dado deve ser seriamente tomado em conta quando a sociedade e as políticas de saúde (e os políticos) discutem a resposta que pretendemos para os mais vulneráveis e os que mais sofrem. Com este entendimento os autores consideram que no atual diploma sobre MPPP deveria ser considerada a necessidade de incluir, na instrução do processo, a opinião de especialistas no controlo

de sintomas e alívio do sofrimento - as equipas de Cuidados Paliativos - que têm a missão explícita de otimizar as oportunidades de alívio das causas remediáveis desse sofrimento.^{2,10} As dificuldades de acesso a estas valências, os tempos de resposta e a forma como se acolhe, avalia e mitiga o sofrimento serão incompatíveis com os tempos de instrução do procedimento inerente à solicitação da MPPP, conforme demonstrou a experiência espanhola sobre este assunto.¹³ Estas respostas recolocam a necessidade de incluir, em tempo oportuno, no processo de deliberação a opinião de profissionais treinados no controlo de sintomas e alívio do sofrimento.^{6,10,11} Os respondentes não consideraram ajustado atribuir prioridade no acesso a Cuidados Paliativos àqueles que solicitaram MPPP.

Como se sustenta nas “*Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th Edition – 2019*”,¹⁰ este nível de intervenção é apropriado em toda a doença grave, em todas as fases do seu percurso, deve centrar-se nas necessidades da pessoa e não no prognóstico, ser proporcionada a todos os níveis e por todas as organizações envolvidas no processo de cuidar, valorizando o que é mais importante para a pessoa, família, cuidadores e pessoas significativas, numa lógica interdisciplinar e holística, assegurada a todos os níveis de cuidado / tratamento, com apoio e orientação dos especialistas em cuidados paliativos sempre que necessário e poderá ser extemporânea se abordada apenas na fase de instrução do procedimento de MPPP.

Na opinião dos autores, para além dos factos documentados há muita falta de informação e de formação sobre:

- (i) como se reconhecem as situações de fim de vida⁴;
- (ii) como se constroem planos individuais e integrados de cuidados (PIIC)⁶ para todos os portadores de doença incurável e progressiva;
- (iii) como se apreendem os objetivos de vida da pessoa doente e se lida com os desejos por ela expressos;
- (iv) como se integra a família e as pessoas significativas no cuidar;
- (v) como se reconhece e estratifica a complexidade e se promove a integração de cuidados em regime de ambulatório;
- (vi) como se ajusta o PIIC à evolução da doença, incluindo as decisões de não iniciar e suspender tratamentos e procedimentos inadequados e/ou desproporcionais;^{5,7,9-11}
- (vii) como se procede em situação de morte iminente (últimos dias ou horas de vida);^{4,6,8}
- (viii) como se exprimem e integram as diretivas antecipadas de vontade (DAV) no PIIC;^{4,6}
- (ix) como se reconhece e lida com o sofrimento.

Estes desafios, ainda que não exclusivos face ao esforço de legislar e providenciar a MPPP, devem ser prioridade das políticas de saúde e por isso devem ser exigidas pelos profissionais e pela sociedade, quando se pretende que a antecipação

da morte por sofrimento intolerável seja a exceção e não uma necessidade determinada pela falta de alternativas, o que substancialmente uma atitude eticamente indefensável.

É igualmente necessário fazer formação sobre indicações e justificação para instituir sedação paliativa e/ou suspensão voluntária (pelo doente) de hidratação e alimentação, em contexto de processo avançado de fim de vida/ situação de morte iminente,⁴ que devem ser parte dos respetivos PIIC.⁶ Estas intervenções, justificáveis em situações de morte iminente são distintas do processo de MPPP. O conceito de MPPP **exclui tudo o que não seja a pedido do próprio** (nos termos definidos na Lei) e **tudo o que não seja ação / consequência** ou seja procedimento que tem por resultado a morte provocada.

A assistência médica no processo de morrer (etimologicamente, morte medicamente assistida) não é o mesmo que morte provocada a pedido do próprio.^{2,4} O acompanhamento do processo de morrer é uma das obrigações dos profissionais de saúde, quando são responsáveis pelos doentes em processo de morte. Esse acompanhamento exige conhecimentos ajustados às necessidades da pessoa que está em morte iminente, centrados nos objetivos de vida e nos desejos expressos por essa pessoa. Em Portugal 62% das pessoas morrem nos hospitais pelo que, em Portugal, mais de 62% das mortes são medicamente assistidas, mas não são mortes provocadas a pedido do próprio, razão mais que óbvia para que os procedimentos destinados a provocar a morte a pedido do próprio, referidos no diploma da AR como “... morte que ocorre por decisão da própria pessoa ...” não sejam designados como “morte medicamente assistida”, mas sim por aquilo que de facto são: morte provocada a pedido do próprio.^{2,4} Da mesma forma as prescrições médicas destinadas a não iniciar ou suspender suporte artificial de funções vitais, tratamentos inadequados e injustificados e as decisões de não reanimar (DNR) são decisões clínicas inerentes ao acompanhamento de doentes em fim de vida, mas que não se equivalem nem confundem com a decisão de solicitar ajuda para provocar a própria morte (MPPP) ou qualquer outra forma de precipitar a morte.² A expressão utilizada no diploma da Assembleia da República é incorreta, contrária ao estado da arte e do conhecimento científico e fonte de confusão por má interpretação de termos e conceitos.

A Lei da MPPP aprovada na Assembleia da República em dez 2022 intersesta-se com o restante ordenamento jurídico em questões de fim de vida, nomeadamente com a Lei nº 31/2018 que legisla sobre os direitos dos doentes com doença avançada e em fim de vida, com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, com o Código Deontológico da Ordem dos Médicos e coma Constituição portuguesa. Os Internistas desta amostra evidenciaram uma razoável dispersão no entendimento sobre a concordância entre esses diplomas. Os resultados aqui expressos revelam a necessidade de harmonização dos vários documentos normativos: há termos e definições no Código Deontológico da Ordem dos Médicos que

contradizem o diploma da AR, o que é um ponto importante na agenda do próximo Bastonário da OM e que diz respeito a todos os médicos e a todos os cidadãos. A publicação do diploma da AR exigirá alterações legislativas, a começar pelo Código Penal. Estes factos criam uma oportunidade para aprofundar a reflexão e familiarização dos clínicos com as matérias processuais, contextuais e as que enquadram o cuidado dos doentes, mais vulneráveis e em fim de vida.

Surpreende o elevado grau de confiança dos respondentes nos temas relacionados com a avaliação do prognóstico, a tomada de decisão e a avaliação das causas possíveis e as tratáveis de sofrimento. Estes temas, na literatura da especialidade, são considerados os temas mais desafiantes na prática clínica e aqueles em que a formação é menos incidente ou sólida.^{6,8,11,12} A dimensão da amostra e o tempo de experiência profissional dos respondentes pode ter contribuído para estes achados, o que é uma limitação do estudo. O alargamento da amostra permitirá perceber melhor estes dados. Os autores assumem o seu interesse em dar continuidade a este estudo quando estiver aprovada na Lei definitiva sobre MPPP, desta vez dirigido a todos os médicos portugueses interessados.

Conclusão

O estudo promovido pelo NEBio, entre associados da SPMI, sobre o diploma da AR que “*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível*” permitiu documentar que 42% dos respondentes não têm disponibilidade para participar em nenhuma das funções previstas nesse diploma. Os respondentes consideram que as definições das condições de acesso ao procedimento da MPPP não são garante de segurança para o processo em questão. Na opinião dos respondentes, há incongruências entre a Lei da MPPP e o restante enquadramento jurídico referente às questões de fim de vida. Reconheceu-se a dificuldade de acesso a cuidados paliativos e as limitações institucionais no apoio às pessoas em fim de vida e em morte iminente. Os dados apurados identificam áreas que exigem formação específica e certificação dos profissionais envolvidos (mas que ainda não está regulamentada) e a necessidade de concentrar atenção no reconhecimento e caracterização do sofrimento, no seu alívio e controlo. Os autores reconhecem a importância de estender o debate aos médicos portugueses e consideram este tópico um dos que justifica uma reapreciação das normas do atual Código Deontológico. ■

Declaração de Contribuição

AHC, RC, ARS, NRF – Conceção, redação e tratamento de dados
Todos os autores aprovaram a versão final a ser submetida.

Contributorship Statement

AHC, RC, ARS, NRF – Design, writing and data processing.
All authors approved the final draft.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2013 e da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2013).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2023. Re-use permitted under CC BY- commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

António H. Carneiro – amhcarneiro@gmail.com

Departamento de Medicina, Urgência e UCI, Hospital da Luz Arrábida, Gaia, Portugal

Praceta Henrique Moreira, 150, 4400-346 Vila Nova de Gaia

Recebido / Received: 2023/01/15

Aceite / Accepted: 2023/02/23

Publicado / Published: 2023/06/30

REFERÊNCIAS

1. Projeto-Lei da Assembleia da República, de 2022 outubro 10 que “Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal”.
2. Carneiro AH, Carneiro R, Simões C. “A Morte que Ocorre por Decisão da Própria Pessoa”: Reflexão Crítica sobre os Termos e Conceitos do Decreto nº 199/XIV da Assembleia da República. *Med Interna.* 2022;29:64–9. doi: 10.24950/rspmi.2022.01.amhc.
3. Direção Geral da Saúde. Plataforma da mortalidade dos residentes em Portugal. [consultado dez 2021] Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/>
4. Carneiro AH, Carneiro R, Simões C. Termos e Conceitos na Relação Clínica. *Med Interna.* 2018;25:157–64. doi: 10.24950/rspmi/Opiniao/139/3/2018.
5. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Diário da República, 2.ª série — N.º 139 — 21 de julho de 2016
6. Carneiro R, Simões C, Carneiro AH. Plano Individual e Integrado de Cuidados Como Objetivo da Relação Clínica. *Med Interna.* 2019;26:147–52. doi: 10.24950/rspmi/PV/284/18/2/2019
7. Carneiro R, Carneiro AH, Freire E. Cuidados ao Doente em Morte Iminente: Do Básico se Faz Avanço Científico. *Med Intern.* 2021;27: doi:10.24950/Editorial/315/20/1/2021
8. Carneiro R, Simões C, Carneiro AH, Capelas ML - Difficulties and opportunities in providing care to patients in the last hours or days of life: Focus group. In 2022 – 7th Annual Research Conference / ICBCDP, Liverpool
9. Carneiro AH, Carneiro R, Freire E. Parecer do NEBio: Alimentação na Demência Avançada. *Med Interna.* 2020;27:89–92. doi:10.24950/P.Vista/276/19/1/2020.
10. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 4th edition. Richmond: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018. [acedido janeiro 2022] Disponível em: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>
11. Díez-Manglano J, SánchezMuñoz LA, GarcíaFenoll R, Freire ES, Carneiro AH. Tradução portuguesa do Guia de Consenso para a prática clínica sobre boas práticas nos Cuidados em Fim de Vida, das Sociedades Espanhola e Portuguesa de Medicina Interna. *Rev Med Int.* 2021;28. doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.014
12. Pessoa A, Almeida P, Marinho-Duque S, Amaral TF, Pinho J, et al. Alimentação na Demência Avançada: Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. *Rev Med.* 2020; 27.doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.014 DOI: 10.24950/Guidelines/Consensus/1/2020
13. Bengoextea I. Morte Provocada a Pedido do Próprio: a experiência espanhola e perspectivas para Portugal. Em Um dia Com NEBio. [acedido 26 novembro 2022] <https://www.spmi.pt>.