



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Adriana Filipa Lopes Cardoso

Relatórios de Estágio sob orientação da Dra. Andreia Rocha e Dra. Cláudia Furtado e Monografia intitulada “Eutanásia: uma visão Deontológica e Bioética” referentes à unidade curricular “Estágio” sob orientação do Professor Doutor João Rui Pita, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2023



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Adriana Filipa Lopes Cardoso

Relatórios de Estágio sob orientação da Dra. Andreia Rocha e Dra. Cláudia Furtado e Monografia intitulada “Eutanásia: uma visão Deontológica e Bioética” referentes à unidade curricular “Estágio” sob orientação do Professor Doutor João Rui Pita, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2023

Eu, Adriana Filipa Lopes Cardoso, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2017253387, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Eutanásia, uma visão Deontológica e Bioética” apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 8 de setembro de 2023.

(Adriana Filipa Lopes Cardoso)

AGRADECIMENTOS

Com o culminar de uma das etapas mais desafiantes da minha vida, aqui ficarão registados os agradecimentos a todos os que me permitiram concluir com sucesso o meu Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas;

À Faculdade de Farmácia, a todo o seu corpo docente, e em especial ao Senhor Diretor, o Professor Doutor Fernando Ramos, agradeço por me demonstrarem que a nossa faculdade não forma apenas profissionais de saúde, mas sim cidadãos capazes que também são profissionais de saúde.

Ao Professor Doutor João Rui Pita agradeço todas as orientações e apoio à escrita da monografia.

À equipa da Farmácia Luciano e Matos agradeço pela demonstração prática do papel fundamental do farmacêutico no Sistema de Saúde.

À equipa de dispositivos médicos da Direção de Avaliação de Tecnologias de Saúde do INFARMED, I.P., agradeço todo o conhecimento passado e o voto de confiança ao me convidarem para ficar a trabalhar convosco depois de entregar a monografia.

A todos os meus amigos agradeço a paciência para entenderem a minha indisponibilidade de passar tempo com eles porque me desdobrei durante meses em estágio, trabalho, atividade política e tese.

Aos meus pais, agradeço verem sempre muito mais potencial em mim do que eu própria, e por fazerem tanto esforço para que eu conseguisse concluir o meu mestrado. São as minhas inspirações de vida.

Ao meu irmão, o futuro profissional de saúde da família, obrigada pelas largas horas a rever matéria comigo.

À minha bisavó Arinda, a luz da nossa vida, agradeço a inspiração de vida. O Vinícius de Moraes dizia que o samba era a sua bênção, a minha és tu. Ao meu bisavô Álvaro, que viu a primeira mestre da família do céu, agradeço-te olhares sempre por mim.

Ao meu avô e à minha avó, os meus camaradas, agradeço a companhia de férias pós épocas de exames esgotantes, e os jantares na mesa tantas vezes que saí da biblioteca a horas inconcebíveis.

Sem vocês era impossível.

ÍNDICE

Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

ÍNDICE.....	4
LISTA DE ABREVIATURAS	8
1. INTRODUÇÃO	9
2. ANÁLISE SWOT	10
2.1. PONTOS FORTES	10
2.1.1 Equipa de trabalho.....	10
2.1.2 Utentes da farmácia	10
2.1.3 Autonomia imediata de acesso ao balcão	10
2.1.4 Robot e Cashlogy®	11
2.1.5. Medicamentos Manipulados	12
2.2 PONTOS FRACOS.....	13
2.2.1 Acordo com a Câmara Municipal de Coimbra para medicação comparticipada.....	13
2.3 OPORTUNIDADES.....	13
2.3.1 Participação em formações e programas Ezfy.....	13
2.3.2 TiMedi®	14
2.4. AMEAÇAS.....	14
2.4.1. Rupturas de stock de medicamentos.....	14
2.4.2. Insistência na compra de MSRM de marca em vez de genéricos	14
3. CASOS PRÁTICOS	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
5. BIBLIOGRAFIA.....	20
Parte II – Relatório de Estágio no INFARMED, I.P.	
LISTA DE ABREVIATURAS	22
INTRODUÇÃO.....	23
ANÁLISE SWOT	24
2.1 PONTOS FORTES.....	24

2.1.1. Plano de integração e formações.....	24
2.1.2. Equipa de trabalho.....	25
2.1.3. Formações internas.....	25
2.1.4. Autonomia e espírito crítico.....	25
2.1.5. Aquisição de conhecimentos sobre o processo de avaliação de tecnologias da saúde	25
2.2 PONTOS FRACOS.....	26
2.2.1 Duração do estágio.....	26
2.3. OPORTUNIDADES.....	26
2.3.1 Desenvolvimento de competências extracurriculares.....	26
2.3.2 Conhecimentos operacionais de trabalho em rede.....	27
2.4. AMEAÇAS.....	27
2.4.1. Carga de trabalho das responsáveis pelo estágio.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
4. BIBLIOGRAFIA.....	29
Parte III – Eutanásia: uma visão Deontológica e Bioética	
LISTA DE ABREVIATURAS.....	31
RESUMO.....	32
ABSTRACT.....	33
INTRODUÇÃO.....	34
História Breve da Eutanásia.....	35
Eutanásia nos países europeus.....	36
Eutanásia nos países não europeus.....	38
AXIOLOGIA.....	40
Diferentes conceitos de eutanásia.....	40
Questão jurídica portuguesa.....	40
A lei aprovada.....	41
DEONTOLOGIA.....	42

Análise do papel do farmacêutico no ato da eutanásia.....	42
Pareceres e posições das ordens dos profissionais de saúde.....	44
Parecer do Conselho Nacional Para a Ética das Ciências da Vida	46
BIOÉTICA	49
Análise dos argumentos favoráveis.....	49
Análise dos argumentos contra.....	50
Reflexão pessoal sobre o tema.....	51
CONCLUSÃO	54
BIBLIOGRAFIA	55

PARTE I

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Farmácia Luciano e Matos

LISTA DE ABREVIATURAS

CMC- Câmara Municipal de Coimbra

DCI – Denominação Comum Internacional

FLM – Farmácia Luciano e Matos

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

MICF- Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM- Medicamento não sujeito a receita médica

MSRM- Medicamento sujeito a receita médica

PIM – Preparação individualizada da medicação

PSP – Polícia de Segurança Pública

OTC's - *Over the counter*

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

I. INTRODUÇÃO

O estágio curricular em farmácia comunitária preconizou a última componente do meu plano de estudo do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Como estudantes de MICF, este estágio permite que coloquemos em prática o que aprendemos no contínuo da nossa formação académica, tal como adquirir aptidões profissionais que nos permitam ser farmacêuticos capazes.

O único profissional de saúde que faz indicação terapêutica é o farmacêutico, mas essa é apenas uma pequena componente do trabalho realizado em farmácia comunitária. Num país altamente deficitário em termos de cuidados primários, a farmácia é muitas vezes o primeiro e último contacto do paciente com o Sistema de Saúde. Assim, o farmacêutico tem de estar preparado para uma miríade de situações com as quais pode ser confrontado no exercício da sua função, e esse conhecimento só se adquire com a praticidade do estágio curricular.

O meu estágio curricular em farmácia comunitária realizou-se de 5 de abril a 3 de agosto de 2023 na Farmácia Luciano e Matos, - FLM. A Luciano e Matos é uma das gemas da baixa de Coimbra, e pela sua idade e credibilidade tem uma carteira de clientes regulares muito diversa, uma enorme procura pela parte de turistas que me permitiu praticar aconselhamento nas três línguas que domino, uma oferta de serviços ímpar, e um dos laboratórios de medicamentos manipulados mais prolífico de Coimbra.

Este relatório consiste numa análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) que consistirá numa análise crítica ao meu estágio.

2. ANÁLISE SWOT

Através da análise SWOT irei analisar todos os aspetos que afetaram o meu estágio, seja de forma positiva ou negativa.

2.1. PONTOS FORTES

2.1.1 Equipa de trabalho

A equipa da FLM é chefiada pela Dr.^a Helena Amado, a Diretora Técnica, e consiste em nove farmacêuticos, dois técnicos de farmácia e uma administrativa responsável pelas encomendas e *backoffice* da farmácia.

Embora a presença no balcão seja comum a todos os farmacêuticos e técnicos de farmácia, cada um é responsável por tarefas específicas, sejam estas o carregamento e produção na TiMedi®, [1] compras e atividades comerciais, produção de medicamentos manipulados ou formações e campanhas específicas.

O sucesso do meu estágio deveu-se a uma equipa fabulosa, muitíssimo dinâmica, que dá muita honra à nossa profissão. Todas as componentes que serão pioneiras no futuro do setor da farmácia comunitária já estão em vigor na FLM, ou estarão em breve.

2.1.2 Utentes da farmácia

A FLM é reconhecida pelo seu profissionalismo, pela acessibilidade e prontidão de todos os seus trabalhadores, e por estes se desdobrarem de todas as maneiras possíveis para conseguirem realizar os pedidos dos pacientes.

Dada a sua localização, e os serviços que oferece, a população que frequenta a FLM é muito heterogénea. Um conjunto de pacientes mais idosos e regulares frequentam a farmácia diariamente para que um farmacêutico lhes administre injetáveis e insulina, tal como realizar a medição de parâmetros bioquímicos como a glicémia.

Contudo, e nomeadamente ao sábado, alguns dos clientes mais comuns são turistas, com necessidades linguísticas consideráveis, e que procuram mais a indicação terapêutica do que os próprios clientes mais idosos, que mais comumente vão à farmácia para a dispensa de medicação prescrita.

2.1.3 Autonomia imediata de acesso ao balcão

Quando iniciei o meu estágio estive três semanas na zona de *backoffice* a rececionar as encomendas. Na FLM as encomendas são rececionadas no SIFARMA 2000®, e não ainda no

SIFARMA[®]. As encomendas instantâneas são recepcionadas uma a uma, e as diárias diretamente no robot.

Findas essas três semanas, e depois de analisar vários dossiers de preparação de atendimento ao balcão, referentes à facturação, receitas manuais, medição de parâmetros bioquímicos e outros, passei a realizar atendimento ao balcão, supervisionada pela farmacêutica substituta, a Dra.^a Andreia Rocha. É importante referir que as lições e aprendizagens de como ser a melhor profissional farmacêutica possível, que levarei para a vida, devo-as à Dra.^a Andreia.

Depois de algumas semanas de atendimento supervisionado, comecei a ser autónoma no atendimento, salvaguardando sempre que tendo alguma dúvida qualquer colega da equipa me ajudaria. Verifiquei prontamente que alguns pacientes não tomavam a medicação de forma correta, e frequentemente não aderiam à terapêutica. Assim, tal como me foi ensinado, garanti que o meu papel em termos de dispensa de medicação não era meramente funcional, mas que carecia de uma conversa com o paciente para melhor entender a sua situação específica e o aconselhar o mais eficientemente possível.

Ainda, dada a localização privilegiada, a FLM é frequentemente procurada por clientes que estão apenas de passagem e turistas, pelo que a componente de indicação terapêutica, nomeadamente de medicamentos não sujeitos a receita médica, - MNSRM, e produtos *over the counter*, - OTC's, foi algo com o qual tive muito contacto. Gostei particularmente do atendimento e indicação a turistas, por poder praticar as três línguas que domino, e especialmente o aconselhamento dermofarmacêutico e cosmético, algo muito solicitado por clientes turistas.

De facto, a FLM tem uma panóplia de opções dermocosméticas muito vasta, com diferentes marcas alocadas a diferentes membros da equipa em termos de vendas. Com efeito, nós, alunos de MICF, temos o privilégio de ter uma cadeira de Dermofarmácia e Cosmética com uma componente de aconselhamento muito presente, pelo que somos profissionais de excelência nesta matéria. Assim, a simbiose destas duas realidades foi ideal para a minha aprendizagem.

2.1.4 Robot e Cashlogy[®]

A FLM foi uma das primeiras farmácias em Coimbra a adotar o uso de robot para armazenamento dos produtos farmacêuticos com maior rotação na farmácia, tal como a gestão das encomendas e sua receção.

O robot encontra-se ligado ao SIFARMA 2000[®] e ao SIFARMA[®], sendo que como este último é o modelo do atendimento, e é uma ferramenta de trabalho muito intuitiva, o farmacêutico ganha muito tempo em termos de atendimento do paciente, podendo alocar esse tempo a conversar com o paciente sobre o ato da dispensa.

A entrada de medicamentos no robot na FLM é feita da seguinte forma: todos os medicamentos com prazo de validade superior ou igual a um ano depois do mês em que está a ser rececionada a encomenda, entram com a data correspondente a esse mês, mais um ano. Todos os que têm validade inferior são rececionados manualmente, com inserção no SIFARMA 2000[®] da sua data real de validade, e posteriormente repostos no robot.

Este sistema é incrivelmente eficaz, porque promove que os medicamentos com validade inferior saiam primeiro que os outros, e diminui a carga de trabalho de remoção de produtos com validade quase a expirar, permitindo uma gestão de stocks muito mais eficiente.

O sistema Cashlogy[®] [2] permite armazenar toda receita realizada no atendimento, tal como gerir o pagamento dos atendimentos e gerar trocos sem mexer diretamente no dinheiro. Este é mais um sistema que permite uma muito maior eficiência em termos de atendimento, diminuição considerável de erros, e um fecho de caixa muito mais eficiente e rápido.

2.1.5. Medicamentos Manipulados

A FLM tem um laboratório de manipulados muito prolífico, com três farmacêuticas alocadas à sua preparação a tempo inteiro. Em média, todos os meses são preparados 150 pedidos de manipulados na FLM, sejam veterinários ou para uso humano, alguns com mais do que um medicamento manipulado por pedido.

No meu estágio passei um dia no laboratório de manipulados, em que realizei a preparação de um manipulado de permetrina 50 mg/g, para o tratamento da escabiose de uma família de quatro pessoas. Fi-lo com a supervisão da Dra.^a Mélanie Duarte, e com a orientação da Portaria n.º769/2004 de 1 de julho [3] e a Portaria n.º594/2004 de 2 de julho [4].

2.2 PONTOS FRACOS

2.2.1 Acordo com a Câmara Municipal de Coimbra para medicação comparticipada

A Câmara Municipal de Coimbra estabeleceu um protocolo conjunto entre diferentes IPSS's de Coimbra e farmácias do distrito para o pagamento da medicação de pacientes que têm acesso a ação social.

Os pacientes devem levar prescrições válidas à farmácia, e é-lhes feito um orçamento escrito detalhado para entregar à sua assistente social, que mediante a sua aprovação e da verificação da CMC, regressará à farmácia para dispensa.

Contudo, escrever o orçamento é uma tarefa muitíssimo detalhada, em que sendo obrigatório o farmacêutico escolher o genérico mais barato, implica a abertura e simulação da dispensa no SIFARMA®, para posteriormente ser elaborado o documento *word* com esta informação detalhada, tal como todos os preços referentes a cada uma das substâncias ativas.

Ainda, sendo a FLM uma farmácia com muita procura, cada um destes orçamentos retira um farmacêutico ou técnico do atendimento, o que numa altura de relativa intensidade é bastante complicado.

Por fim, o paciente que venha fazer o orçamento à farmácia não tem de o levantar após aprovação na mesma farmácia. Assim, todo o trabalho que o profissional teve pode efetivamente não ter benefício para a farmácia.

2.3 OPORTUNIDADES

2.3.1 Participação em formações e programas Ezfy

Desde o início do meu estágio que tive oportunidade de realizar bastantes formações, que me permitiram adquirir conhecimento sobre gamas de produtos, e indicação terapêutica em patologias específicas. Destaco a formação da Arkocapsulas® [5] e sobre o gel e creme Hirudoid® [6].

Ainda, destaco o facto da FLM ser parceira Ezfy. A Ezfy Lda. é uma consultora farmacêutica que pretende criar programas de adesão à terapêutica e de apoio à intervenção farmacêutica no atendimento. Assim, os pacientes regulares da FLM são regularmente inscritos em programas de seguimento da dispensa, que envolvem um contacto do farmacêutico para entender a adesão à terapêutica.

2.3.2 TiMedi®

A FLM tem um conjunto de utentes que precisam da realização da preparação individualizada da medicação, mas para além disso, é a farmácia que abastece várias IPSS's em Coimbra, sendo que têm uma produção de PIM's de dezenas de pessoas.

Assim, contam com a TiMedi®, uma máquina inovadora de produção de PIM's. A máquina é carregada de comprimidos e/ou cápsulas em canisters, e consegue realizar auto-produção. Os medicamentos que não são armazenados nos canisters são colocados nos tabuleiros de produção pelos farmacêuticos. A máquina depois de ser carregada informaticamente com o esquema terapêutico do paciente, e os medicamentos ao serem colocados no tabuleiro segundo o esquema que o computador gera, permite que a máquina produza em saquetas a PIM consoante as diferentes alturas do dia (jejum, pequeno-almoço, almoço, jantar), para cada paciente.

2.4. AMEAÇAS

2.4.1. Rupturas de stock de medicamentos

Devido a diversos fatores, como a guerra da Ucrânia e o conseqüente encarecimento de matérias primas e substâncias ativas, a exportação paralela que afeta desproporcionalmente Portugal, ou o facto de o aumento de preços na produção tornar insustentável produzir alguns tipos de genéricos, a verdade é que o meu estágio marcou-se pela ruptura de stock de variadas DCI's.

Destaco o caso do bisoprolol 2.5 mg e da beta-histina 24 mg em comprimido revestido, que estiveram esgotados durante largas semanas em todos os laboratórios. No caso do bisoprolol, por via de contacto com os seus médicos, alguns pacientes adquiriram essa substância ativa na dosagem de 5 mg e partiram o comprimido ao meio.

Contudo, no caso da beta-histina, isto não foi possível. Assim, verificámos que a beta-histina de 24 mg em comprimido orodispersível ainda se encontrava disponível no mercado, e não existia perspectiva de esgotar. Deste modo, após explicar a diferença na toma, e comunicação com os clínicos dos pacientes, aconselhámos tomar esta alternativa para garantir que não ficassem sem medicação.

2.4.2. Insistência na compra de MSRM de marca em vez de genéricos

Embora a comercialização de medicamentos genéricos em Portugal tenha iniciado em 1992, e saibamos que a quota destes medicamentos já perfaz 50% do mercado farmacêutico

em Portugal, a verdade é que se encontra 20% abaixo da média europeia, e ainda existe resistência em Portugal por parte dos pacientes à escolha de medicamentos genéricos.

Na FLM foi-me sempre inculcado que é o papel do farmacêutico informar o paciente de que a escolha de um medicamento genérico é uma escolha igualmente eficaz, segura de qualidade, e que permite uma poupança ao paciente e ao Sistema de Saúde.

De facto, é especialmente premente realizar esta pedagogia a uma população idosa, polimedicada, e que muitas vezes têm enormes dificuldades financeiras, e mesmo assim estão há anos a comprar medicamentos de marca quando nem se tratam de DCI's críticas ou com margem terapêutica estreita.

3. CASOS PRÁTICOS

Caso 1: Utente de 67 anos, homem, dirige-se à farmácia com uma bisnaga usada de Dermovate® [7] e pede a cedência de mais uma.

Primeiramente, questiono o porquê do uso. O utente explica que tem umas borbulhas na pele, localizadas na zona do pescoço, que aparecem com o calor, e que uma farmácia lhe tinha cedido a bisnaga.

Prontamente explico ao utente que o Dermovate® é um medicamento sujeito a receita médica, e que por essa razão nenhuma farmácia lhe deveria ceder o mesmo sem uma prescrição médica, mas que especialmente o propionato de clobetasol, sendo um corticosteroide muito potente, não pode ser usado com leviandade.

De facto, explicito que o uso de corticosteroides, mesmo tópicos, requerem um resguardo do sol, e um uso limitado a alguns dias, porque o seu uso prolongado provoca um efeito de recidiva.

Assim, recomendo um conjunto de medidas não farmacológicas como a hidratação abundante, o uso de colarinhos mais descidos para não friccionar a zona afetada com o tecido, e a compra de água termal e leite hidratante corporal hipoalergénico, ambos da La Roche-Posay®.

Caso 2: Utente de 73 anos, mulher, que se dirige à farmácia para adquirir Chá Manasul®. Após conversa com a paciente verifico que a compra se deve ao facto de ser obstipada, e após abrir a sua ficha de utente verifico que toma medicação para a tensão arterial elevada.

O Chá Manasul® é constituído por folhas de *Cassia Angustifolia*, vulgo sene, e *Glycyrrhiza glabra*, e alcaçuz. Estas duas plantas têm o problema de diminuir a biodisponibilidade de vários fármacos, inclusive e especialmente os grupos farmacológicos de tratamento da pressão arterial elevada, provocando uma desregulação da mesma.

Assim, e após dar esta informação à paciente, recomendei o uso de Laevolac® [8], dado que a paciente referiu a obstipação ser crónica e este é um laxante osmótico constituído por lactulose, adequado uso prolongado. Contudo, a paciente explicou que queria uma alternativa natural, e que foi essa a primeira razão de ter escolhido o Chá Manasul®.

Desta forma, e munida da formação das Arkocapsulas®, aconselhei a toma de cápsulas de *Plantago Ovata* [9], da mesma marca. Este tegumento não tem qualquer efeito na biodisponibilidade da medicação da paciente, e pode ser tomado de forma crónica.

Caso 3: Utente de 24 anos, mulher, dirige-se à farmácia e pergunta-me se lhe poderia realizar um penso, e aponta para o braço. Respondo-lhe que na farmácia não se costuma realizar esse tipo de serviços, mas perguntei se era algo agudo para que lhe pudesse realizar primeiros socorros. Pede-me privacidade para o mostrar e prontamente a encaminhado para o gabinete.

A utente encontrava-se a chorar muito, e com muito receio de mostrar os braços. Converso com ela, e explico que está num espaço de saúde e que o meu papel ali é assisti-la, e nunca julgá-la. Quando me mostra os braços verifico múltiplos cortes autoinfligidos com muito sangue e percebo ter sido uma tentativa de suicídio. Imediatamente sento a utente e chamo a farmacêutica substituta, a Dra. Andreia Rocha.

Conjuntamente percebemos que a utente está com a pulsação baixa e que precisa de assistência médica. A Dra. Andreia inicia o protocolo relativo a este tipo de situações e chama a assistência médica, depois de consentimento da paciente, explicitando a situação. Passado alguns minutos, chegam os médicos do INEM e um agente da PSP, o normal neste tipo de emergência, para garantir que a paciente não tinha sofrido violência física por terceiros. Após isso, a paciente foi encaminhada para urgência, e posteriormente retornou à farmácia para levantamento de medicação. É neste momento paciente regular da FLM.

Caso 4: Utente de 42 anos, apresenta-se na farmácia com uma receita de manipulado de pomada de permetrina 50 mg/g para tratamento da escabiose que o afetava a si e a três membros da sua família.

Realizei o manipulado no laboratório da FLM, com recurso a permetrina líquida, vaselina líquida e vaselina sólida. Para a mistura dos componentes utilizei um TOPITEC® [10], usei farda, máscara FFP2, e luvas de nitrilo. No fim da produção realizei um rigoroso controlo de qualidade do manipulado, supervisionada pela Dra. Mélanie.

Ainda, realizei o preenchimento de uma folha de controlo da produção à medida que completava os passos da mesma, e no fim realizei o cálculo do PVP e do prazo de utilização.

Quando o paciente foi levantar o manipulado expliquei que a sua aplicação deve ser realizada á noite, antes de deitar, desde o pescoço até aos pés, com uma camada fina. Além disso, deve manter-se no corpo entre 8 a 12 horas, e após esse tempo deve ser tomado banho abundante e vestida roupa lavada e desinfetada. A aplicação deve ser repetida passado uma semana.

Caso 5: Utente de 37 anos, mulher, apresenta-se na farmácia com uma receita manual que continha múltiplos fármacos e uma embalagem de Trulicity® 1,5 mg injetável [11].

O dulaglutido, agonista do recetor GLP-1, está indicado no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 em pacientes insuficientemente controlados com antidiabéticos orais. Contudo, tem sido usado em uso *off-label* para o emagrecimento, causando uma rutura de stock.

Assim, explicando isto à paciente, indico que uma receita manual tem de ser dispensada na totalidade, e que não é possível dispensar os outros medicamentos que tínhamos disponíveis, e entregar de novo a receita à paciente para que levantasse o Trulicity® numa qualquer farmácia que ainda tivesse o medicamento.

Apresentei-lhe, portanto, duas opções, levantar apenas os medicamentos da receita que estavam disponíveis, ou realizar a dispensa e faturação da receita na íntegra, ficando a FLM com a reserva da sua caixa de Trulicity® faturada, e mal estivesse disponível ligaríamos à paciente.

A utente decidiu não levantar nada da receita, e informámos que existe a linha 1400, que pode telefonar ou consultar na internet, em que a paciente informa qual o medicamento que procura e qual o distrito em que reside, e a linha faz o trabalho de perceber qual farmácia tem o medicamento disponível.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio curricular em farmácia comunitária foi a etapa final do meu percurso acadêmico como estudante de MICF. Permitiu-me colocar em prática conhecimento que adquiri durante a minha formação acadêmica, e aprender competências com as quais ainda não estava familiarizada.

Ao longo dos quatro meses pude reforçar ainda mais o respeito e valor que atribuo ao papel do farmacêutico, que é muito mais do que um mero comercial de dispensa de medicamento. Verifiquei utentes sem médico de família cujo único profissional de saúde que viam há anos era o farmacêutico da FLM, li e expliquei resultados de análises a utentes que não tinham capacidade de ler os mesmos, assisti a utentes diabéticos que dependiam da farmácia duas vezes ao dia para a administração de insulina e medição matinal da glicémia, e saí da FLM ainda mais crente no papel fundamental da minha profissão.

Devo dizer que o sucesso do meu estágio devo à equipa da FLM, e devo-lhes um enorme agradecimento. Senti-me desde o início parte da equipa, e dotada de autonomia profissional combinada com uma disponibilidade ímpar para me assistir e ajudar quando necessário. Foi com muito gosto que vi os cinco farmacêuticos serem aprovados na Especialidade de Farmácia Comunitária da Ordem dos Farmacêuticos, porque materializa o sentido de progressão contínua e aprendizagem perpétua da equipa, valores que levo para a vida.

5. BIBLIOGRAFIA

1. TI MEDI[®] - **Robot Automático** [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://ti-medi.com/pt-pt/robos-pim/pim-automatica/>
2. AZKOYEN - **Cashlogy**[®] [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://cashlogy.com/>
3. **Portaria n.º 769/2004**, de 1 de julho. Diário da República: Série I-B, n.º 153. [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível na internet: <https://dre.pt/application/conteudo/517633>
4. **Portaria n.º 504/2004**, de 2 de julho. Diário da República: Série I-B, n.º 124. [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível na internet: <https://dre.pt/application/conteudo/261875>
5. ARKOPHARMA – **Arkocápsulas**[®] [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://www.arkopharma.com/pt-PT/arkocapsulasr>
6. STADA – **Hirudoid**[®] **Creme e Gel** [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://www.hirudoid.pt/>
7. INFARMED, I.P. – **Resumo das Características do Dermovate**[®]. [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
8. INFARMED, I.P. – **Resumo das Características do Laevolac**[®]. [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
9. ARKOPHARMA – **Arkocápsulas Plantago**[®] [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://www.arkopharma.com/pt-PT/arkocapsulasr-plantago>
10. TOPITEC[®] - **TOPITEC**[®]. [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://www.topitec.de/>
11. INFARMED, I.P. – **Resumo das Características do Trulicity**[®]. [Acedido a 11 de agosto de 2023]. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trulicity-epar-product-information_pt.pdf

PARTE II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

INFARMED I.P.

LISTA DE ABREVIATURAS

DATS – Direção de Avaliação de Tecnologias de Saúde

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

HTAR – *Health Technology Assessment Regulation*

MDR – *Medical Device Regulation*

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

SiNATS – Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

VPN – *Virtual Private Network*

INTRODUÇÃO

Um dos muitos privilégios de ser estudante do MICF, - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, - é poder estagiar no último ano de mestrado em várias frentes, e não apenas em farmácia comunitária.

Escolhi estagiar no INFARMED, I.P., a entidade reguladora do medicamento em Portugal, por ser uma vertente da área com a qual raramente temos contacto. Seja como futura farmacêutica comunitária, ou como integrante da indústria farmacêutica portuguesa, considero fundamental ter conhecimento do trabalho desenvolvido no regulador.

O INFARMED, I.P. divide-se em unidades orgânicas, sendo estas sete direções, um gabinete e uma unidade. [1] A Direção de Avaliação de Medicamentos é responsável pelo tratamento de assuntos regulamentares, desde a autorização de introdução no mercado à sua manutenção no mesmo.

A Direção de Gestão de Risco de Medicamentos é responsável pelo Sistema Nacional de Farmacovigilância de Medicamentos de Uso Humano e pela monitorização de segurança dos medicamentos.

A Direção de Produtos de Saúde está incumbida da colocação no mercado de produtos de saúde, tais como dispositivos médicos e cosméticos.

A Direção de Inspeção e Licenciamentos elabora procedimentos e regras de instalação e funcionamentos para os diferentes organismos na cadeia do medicamento, tal como o seu licenciamento e fiscalização.

A Direção de Comprovação da Qualidade tem como atividades principais a libertação oficial dos lotes de medicamentos biológicos, e assegurar o controlo de garantia de qualidade dos produtos de saúde e de medicamentos.

A Direção de Informação e Planeamento Estratégico procede à recolha e tratamento dos dados concernentes ao mercado de medicamentos e produtos de saúde.

O Gabinete de Relações Internacionais e Desenvolvimento assegura o planeamento, coordenação e acompanhamento das atividades do INFARMED, I.P., em termos comunitários e internacionais.

A Unidade de projetos interinstitucionais e para o sistema de saúde é uma unidade que está na alçada direta do Conselho Diretivo do INFARMED, I.P. que tem como principal função

garantir a gestão integrada no que concerne à disponibilidade do medicamento, particularmente na questão da gestão de ruturas e faltas.

O meu estágio realizou-se na DATS, a Direção de Avaliação de Tecnologias da Saúde. As responsabilidades desta direção passam pela supervisão do SiNATS, o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde, tal como a garantia da sua operacionalidade, assegurar as atribuições de comparticipação às tecnologias da saúde, entre outros. O meu trabalho focou-se na área dos dispositivos médicos, uma área emergente na componente de comparticipação.

Neste relatório irei realizar uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), onde irei analisar os pontos críticos do meu estágio.

ANÁLISE SWOT

Recorrendo a uma análise SWOT irei analisar todos os aspetos internos e externos que afetaram o meu estágio, seja de forma positiva ou negativa.

2.1 PONTOS FORTES

2.1.1. Plano de integração e formações

No meu primeiro dia no INFARMED, I.P. fui recebida por Mariane Cossito, da Direção da DATS, que me apresentou todos os colegas da Direção presentes no INFARMED, I.P., e fez um enquadramento da estrutura da mesma. Permitiu-me também ter uma abordagem teórica global e inicial ao processo de comparticipação de tecnologias de saúde, e os passos que percorre internamente até chegar à aprovação.

Depois de ter recolhido o meu equipamento informático fui encaminhada para a minha zona de trabalho, onde estive reunida com a minha mentora, Dra. Helena Monteiro, a responsável da área de dispositivos médicos da DATS, e a Dra. Lilite Loição. Todo o meu tempo de estágio na DATS foi realizado com o apoio das duas.

O meu plano de estágio contemplava várias formações, à medida que o estágio progredia. As formações consistiram em sessões sobre o SiNATS, os Regulamentos Europeus (MDR- Medical Device Regulation & HTAR- Health Technology Assessment Regulation), Regimes Especiais de Comparticipação, Exclusões de Comparticipação e Avaliação Prévia Hospitalar.

2.1.2. Equipa de trabalho

É difícil colocar por escrito a relevância do conhecimento técnico que me foi passado tanto pela Dra. Helena como pela Dra. Lilite, mas pretendo deixar bem claro que não existe nenhuma componente da minha formação prévia em que tenha trabalhado com estas temáticas, pelo que as formações foram uma oportunidade única de adquirir conhecimento.

O sucesso do meu estágio, devo-o todo à DATS, e especialmente às duas pessoas com quem trabalhei de forma direta, que se desdobraram de todas as formas possíveis para me acompanhar, mesmo com a imensa carga de trabalho que ambas têm.

2.1.3. Formações internas

O início do meu estágio contou com uma semana de formação intensiva, que esteve sempre presente no resto do tempo que passei na DATS. As formações consistiram em sessões sobre o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS), os Regulamentos Europeus (MDR & HTAR), regimes especiais de participação, exclusões de participação e Avaliação Prévia Hospitalar.

2.1.4. Autonomia e espírito crítico

Finda a primeira semana de formação, iniciei logo tarefas nas mais variadas componentes do processo de avaliação de participação de tecnologias de saúde. Tive acesso às pastas em rede referentes à DATS, e fui incentivada a realizar as minhas tarefas de forma autónoma, apresentando as minhas dúvidas quando necessário, mas essencialmente a enviar o trabalho para validação superior.

A área de dispositivos médicos é a área mais inovadora em termos de participação, porque a legislação portuguesa é omissa em grandes partes desta questão, e é, portanto, essencial a capacidade de interpretação da legislação europeia e das portarias existentes para os 7 regimes excecionais de participação de dispositivos médicos.

2.1.5. Aquisição de conhecimentos sobre o processo de avaliação de tecnologias da saúde

Primeiramente, fiz a análise de um processo de participação de um dispositivo

médico submetido, de acordo com os critérios e prazos definidos na legislação aplicável, a Portaria n.º 92-F/2017 [2] de 3 de março, relativa a dispositivos médicos para doentes ostomizados.

Ainda, iniciei trabalho na área de nutrição clínica, no estudo de possível abertura de um regime de comparticipação excecional neste âmbito. Realizei o levantamento de todos os produtos comerciais nesta área de todas as empresas de nutrição, Nestlé®, Nutricia®, Fresenius®, Bbraun®, Abbott®, Adventia®, Cantabria®.

De seguida, fui responsável pela elaboração de um guia de submissão e avaliação prévia de pedido de comparticipação de dispositivos médicos, para os requerentes.

Depois, participei na reorganização em rede das pastas da DATS, nomeadamente a componente dos dispositivos médicos.

Por fim, fui responsável pela harmonização das listagens dos dispositivos médicos já comparticipados ao abrigo dos regimes de comparticipação excecionais, publicados no site do INFARMED, I.P.

2.2 PONTOS FRACOS

2.2.1 Duração do estágio

De facto, o único ponto fraco que encontrei no estágio foi a sua duração. Contudo, devido à obrigatoriedade das 670 horas de estágio em farmácia comunitária é completamente compreensível.

Se o estágio tivesse uma duração superior permitiria uma maior consolidação do que foi adquirido em termos de formações, e por exemplo, permitiria que pudesse ter obtido formação e conhecimento sobre a comparticipação de medicamentos, dado que pelo constrangimento temporal a formação se focou mais nos dispositivos médicos.

2.3. OPORTUNIDADES

2.3.1 Desenvolvimento de competências extracurriculares

Pese embora o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas forneça um plano académico muito diferenciado, o tipo de competências práticas de trabalho em equipa multidisciplinar não é algo com o qual tenhamos contacto durante o curso.

Assim, um dos pontos altos do estágio foi o desenvolvimento de *soft-skills* comunicacionais e de colaboração, dado que na DATS trabalham economistas, farmacêuticos e outros profissionais, muitas vezes envolvidos no mesmo processo de comparticipação.

2.3.2 Conhecimentos operacionais de trabalho em rede

A DATS, e as restantes Direções do INFARMED, I.P., trabalham diretamente em pastas em rede. Assim, acedendo à Virtual Private Network, VPN, do INFARMED, I.P., todo o trabalho realizado em cada um dos processos de comparticipação é feito simultaneamente por vários colegas. Para além de permitir uma muito maior organização de trabalho, permite uma simplificação de recursos ímpar.

Contudo, é necessário seguir à risca os procedimentos de nomenclatura de documentos, tal como garantir que são adequadamente arquivados, de forma a não provocar uma perda de recursos.

2.4. AMEAÇAS

2.4.1. Carga de trabalho das responsáveis pelo estágio

Devida à enorme carga de trabalho que tanto a Dra. Helena como a Dra. Lilite estão sujeitas, aliado ao facto do meu estágio coincidir com meses de intensa atividade devido à conclusão de um novo regime de comparticipação, levantaria como única ameaça do estágio na DATS a sua ocasional incapacidade em tempo real de validar o que eu realizei em cada uma das tarefas que me foram alocadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio curricular no INFARMED, I.P. permitiu-me perceber o papel do farmacêutico no regulador do medicamento, e o seu contacto estreito com a Indústria, ANF, e outras entidades relevantes.

O meu trabalho na DATS foi muito positivo, enriquecedor e desafiante. Foi-me permitido colocar em prática ferramentas que adquiri durante o meu percurso académico, tal como explorar outros e adquirir novos conhecimentos.

A autonomia que usufruí e valorização dos meus contributos críticos apenas foram possíveis devido à confiança depositada em mim pela equipa dos Dispositivos Médicos e pela Direção da DATS.

Deixei o estágio com a certeza de que a componente de acesso ao mercado na perspetiva do regulador seria por onde queria começar a minha atividade profissional, sendo que atualmente integro a equipa de Dispositivos Médicos da DATS.

Agradeço profundamente à FFUC por me permitir ter tido contacto com esta vertente da área, e à equipa dos dispositivos médicos pelo esforço em me fazer sentir integrada, o seu trabalho a me passarem informação, e confiança depositada em mim e nas minhas capacidades.

4. BIBLIOGRAFIA

1. INFARMED, I.P. – **Estrutura e Organização**. [Acedido a 17 de agosto 2023] – Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/estrutura-e-organizacao>

2. **Portaria n.º 92-F/2017**, de 3 de março. Diário do República: Série 2, n.º 237. [Acedido a 17 de agosto de 2023]. Disponível na internet: <https://files.dre.pt/2s/2017/12/237000000/2786327865.pdf>

PARTE III

“Eutanásia – Uma perspectiva Deontológica e Bioética”

LISTA DE ABREVIATURAS

ASHP – Sociedade Americana de Farmacêuticos Hospitalares

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CphA – Associação Canadiense de Farmácia

RESUMO

À medida que os países se deparam com o aumento da esperança média de vida, o número de patologias crónicas e de fim de vida aumentam na faixa etária superior, ao mesmo tempo que existe uma maior capacidade de o sistema diagnosticar doenças que outrora não conseguia.

Assim, no caso de condições crónicas sem cura disponível no arsenal terapêutico e médico, e especialmente as causadoras de sofrimento intolerável, a eutanásia e o suicídio assistido começaram a ser reivindicações de associações de doentes, e até dos próprios.

No caso português, o processo de desenvolvimento dos diferentes projetos de lei tem vários anos, tendo sido auscultados diversos sectores da sociedade portuguesa, com posições distintas sobre o tema.

A deontologia presta-se a garantir um conjunto de regras que regem as diferentes profissões. Nos diversos países que aprovaram a morte medicamente assistida, seja na forma de eutanásia ou na forma de suicídio assistido, o debate entre cada uma das profissões foi fundamental, dado que é inegável o efeito que uma alteração legislativa desta magnitude tem no exercício da profissão. Portugal não pode, por isso, ficar à margem desta vertente.

Contudo, pese embora as diferentes ordens profissionais dos diferentes profissionais de saúde tenham sido membros presentes deste tipo de discussões, o debate sobre as implicações bioéticas e deontológicas que impactam os profissionais de saúde envolvidos no processo da morte medicamente assistida foi escasso, nomeadamente no caso dos farmacêuticos.

Palavras-chave: Eutanásia, deontologia, bioética.

ABSTRACT

As countries are faced with an increase in average life expectancy, the number of chronic and life-ending pathologies increase in the older age group, as there is also a greater capacity of the system to diagnose diseases that it was previously unable to do.

Thus, in the case of chronic conditions with no cure available in the therapeutic and medical arsenal, and especially those causing intolerable suffering, euthanasia and assisted suicide began to be demands of patient associations, and even of patients themselves.

In the Portuguese case, the process of developing the different bills of law has been going on for several years, with different sectors of Portuguese society having been consulted, possessing different positions on the subject.

Deontology serves to guarantee a set of rules that govern different professions. In the different countries that approved medically assisted death, whether in the form of euthanasia or assisted suicide, the debate between each of the professions was fundamental, given that the effect that a legislative change of this magnitude has on the exercise of the profession is undeniable. Portugal cannot, therefore, remain on the fence on this debate.

However, although the different professional orders of the different health professionals have been present members of this type of discussions, the debate on the bioethical and deontological implications that impact the health professionals involved in the process of medically assisted death was scarce, namely in the case of pharmacists.

Keywords: Euthanasia, deontology, bioethics.

INTRODUÇÃO

A eutanásia é uma das temáticas mais prevalentes e controversas da nossa atualidade, que instiga posições inflamadas de ambos os lados da questão.

Esta monografia não se presta a ser política, mas sim uma análise fundamentada da componente bioética e deontológica da problemática. Independentemente da posição que tenhamos sobre o tema, é inegável que a posição dos profissionais de saúde, contrariamente a juristas, constitucionalistas e penalistas, raramente foi colocada no centro do debate.

De facto, para além de uma matéria penal, a eutanásia e o suicídio assistido são também, e a meu ver, acima de tudo uma matéria de saúde pública. Ou pelo menos, em grande parte, também um problema de saúde pública. Os pacientes requerentes do processo não são um processo seriado e burocrático para os profissionais que os acompanham diariamente, nem o serão para os clínicos que os acompanhem no processo da morte medicamente assistida.

Assim, considerei fundamental realizar uma análise aprofundada da temática tendo em mente a morte medicamente assistida nas perspetivas que mais impactam a atuação dos profissionais de saúde e o paciente: a vertente bioética e deontológica.

Dado que Portugal não é pioneiro nesta matéria, existe um número considerável de literatura comparada sobre este tema, proveniente de países que já se confrontaram com as externalidades de ter uma Lei da Eutanásia. O papel do farmacêutico foi uma das componentes menos discutidas no debate público desta Lei, e assim o capítulo referente nesta tese procura analisar o percurso deontológico noutros países de modo a construir um caminho para o que pode ser feito no debate da regulamentação da Lei da Eutanásia em Portugal.

Procurei também analisar as diferentes posições dos diferentes profissionais de saúde, incluindo o parecer do Conselho Nacional para a Ética das Ciências da Vida, que tem contribuições essenciais para o futuro processo de regulamentação.

O último capítulo da tese é um diagnóstico da componente bioética do tema, nomeadamente dos diferentes argumentos mais citados por ambos os lados da questão. Por fim, escrevo também sobre a minha posição acerca da eutanásia e do suicídio assistido.

História Breve da Eutanásia

Um dos pilares das sociedades é o culto da morte. Esta frase é tão verdade analisada no prisma dos ritos de celebração da morte no Antigo Egipto, nas celebrações greco-romanas das mortes de grandes figuras da alta sociedade, tal como na cerimónia fúnebre religiosa praticada na idade média.

De facto, em civilizações antigas, a morte tinha uma vertente ritualística e naturalista, mas à medida que o próprio conceito de higiene pública (antecessor do conceito de saúde pública) foi sendo introduzido no século XVII, devido à tentativa de travar a disseminação de epidemias como a peste negra, a morte ganhou uma vertente de conspurcação e contágio. É visível em várias obras de arte da época a personificação da morte pelo ceifador, numa transição clara do conceito de intimidade e ritualidade.

O nome “eutanásia” aparece pela primeira vez nos séculos III e IV a.C., como referenciado por VAN HHOOFF, ANTON J.L. [1]. O seu uso foi iniciado por escritores de comédia gregos como Menander, Posidippus e Cratinus, referenciando o termo em cenas em que um homem glutão se sacia com as melhores coisas da vida de tal forma que o seu desejo é morrer naquele momento, de imediato, no maior êxtase possível.

Efetivamente, a raiz axiológica do termo foi protagonista de peripécias em variados escritos greco-romanos, sendo a morte de Aquiles na *Ilíada* de Homero o seu auge literário. Aí ficou espelhado a importância para os autores greco-romanos da autodeterminação na morte, sendo que para os mesmos o aspeto que tornaria os humanos superiores aos próprios deuses seria a capacidade de escolher quando e como morrer.

Ainda, os autores referenciam que o termo “eutanásia”, e outros termos derivativos, pressupunham uma morte nobre, longe da conotação moderna de morte medicamente assistida. Com efeito, a própria conotação heroica da eutanásia ainda é usada na menção a mártires religiosos da fé judaica e cristã.

O próprio papel do médico hipocrático, radicado na prática médica da escola hipocrática grega, consistia numa abordagem observacional e não terapêutica, estando espelhado no facto de os cuidados paliativos não serem uma preocupação da prática médica à altura. Não existe menção nos textos médicos hipocráticos do papel do médico no alívio do sofrimento dos pacientes em estado quase fatal.

Embora a morte de Sócrates seja citada como o primeiro caso conhecido de eutanásia, os autores relevam a morte de do estoico Séneca, fascinado com o suicídio, como o melhor

exemplo da “boa morte”. Embora o rito de suicídio praticado pela aristocracia romana já estivesse bem estabelecido, o suicídio de Séneca e da sua mulher por ordem de Nero estabelece um caso prático interessante para esta monografia porque estava presente um médico, médico esse que deu a Séneca o veneno, a seu pedido, para tomar. Os autores explicam, citando NUTTON [2], que contrariamente à opinião vigente de que o juramento hipocrático proibiria médicos de assistirem um suicídio, a evidência histórica sobre isso não é clara. Ainda, é possível que mesmo ao versar sobre esta temática, que não deve ser entendido como proibindo o suicídio assistido, mas sim do homicídio furtivo por parte de um médico.

Em suma, é fundamental analisar o elemento da vontade do próprio na antiga abordagem ao suicídio, como alternativa à abordagem atual. No primeiro caso, o clínico atuava como instrumento da vontade do suicida, que agiria como agente e não como mero paciente.

Eutanásia nos países europeus

Existem vários países europeus que contemplam a eutanásia no seu ordenamento jurídico, seja por via da despenalização, seja por via da legalização. O país pioneiro no contexto europeu foi a Holanda, hoje Países Baixos. O debate político, científico e societário sobre o tema intensificou-se quando em 1991 Geertruida Postma, uma médica, ajudou a mãe a administrar uma dose letal de morfina.

O ordenamento jurídico holandês estabelece critérios claros para a prática do ato de eutanásia, tais como a consciência do requerente; este se encontrar num sofrimento insuportável, sem perspectivas ou esperanças de melhoras; o pedido nunca poder originar de um amigo ou familiar; e a obrigação do ato ser originado pela solicitação reiterada e convicta do utente, sendo a morte provocada a única saída.

O médico é obrigado por lei a informar o paciente de forma escrupulosa sobre a sua condição de saúde, a garantir que o doente está num estado terminal e a sofrer de forma significativa a nível físico e psicológico. O artigo 2 do *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* discrimina todas estas condições, e explicita também que tem de ser consultado pelo menos mais um médico para verificar que todos estes critérios se verificam. Se estas não forem cumpridas, o médico pode ser acusado da prática de um crime, com um regime legal que implica penas efetivas de até 3 anos nos casos de suicídio assistido e de até 12 anos nos casos de eutanásia.

A Bélgica estabeleceu-se como o segundo país europeu a permitir a eutanásia ativa, em 2002. Em 2014 foi realizada uma alteração à lei, abrindo a prática para menores de idade “dotados de capacidade de discernimento”.

A lei belga estabelece que a eutanásia só pode ser praticada por um médico, pelo que o farmacêutico que seja responsável pela dispensa do medicamento eutanasiante não está a cometer eutanásia, desde que seja prescrita pelo médico e devidamente explicitado por este na receita que se encontra em conformidade com o regime legal.

O argumento da “rampa deslizante” legal surge regularmente com menção à polémica alteração em 2014 da lei belga da eutanásia de 2002. Esta alteração abre a prática da eutanásia a menores de idade, desde que seja garantida a capacidade de discernir o processo que vai iniciar, e seja o caso de um menor com uma doença incurável. Um dos aspetos mais difíceis de legislar neste processo foi a componente garantista do discernimento do menor, tendo sido consensualizado o uso de uma Comissão Especial de revisão do processo, e ainda um trabalho de acompanhamento psicológico juntamente com os pais.

O suicídio assistido não é contemplado na legislação, e é inclusive punido judicialmente, tal como a eutanásia ativa, nos casos em que não seja aplicada nos termos legais em que é prevista.

Espanha, que tem uma lei da eutanásia relativamente recente, permite tanto a eutanásia ativa como o suicídio assistido, estabelecendo critérios rígidos para a sua aplicação, tais como a obrigatoriedade de nacionalidade espanhola, certificado que comprove residência em território espanhol superior a 12 meses, ou garantia de residência legal no país; o requerente ser maior de idade e detentor das suas faculdades mentais na plenitude no momento do pedido; ter realizado dois pedidos espaçados por pelo menos 15 dias, tirando casos em que o médico responsável considere que existe um risco de perda de faculdades mentais durante esse espaço temporal; que o requerente sofra de uma doença grave ou incurável, ou de uma condição grave, crónica e incapacitante; que o requerente registre o seu consentimento informado antes da própria morte.

De facto, depois de um pedido escrito, devidamente datado e assinado, na presença de um profissional de saúde, este deve ser rubricado pelo profissional de saúde e incluído na história clínica do paciente. O passo seguinte será um reiterar do pedido da eutanásia depois do médico responsável explicar ao requerente todas as informações sobre o seu diagnóstico. Ainda, um segundo médico deve consultar o requerente e garantir que este cumpre os requisitos obrigatórios para pedir o auxílio à morte. Por fim, um médico e um jurista indicados pela Comissão de Garantia e Avaliação devem corroborar que o requerente cumpre todas as condições previamente mencionadas.

O regime legal espanhol consigna o direito à objeção de consciência pela parte de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo, sendo que o médico responsável tem 10 dias úteis para a exprimir desde o primeiro pedido para morrer feito pelo requerente.

O caso luxemburguês apresenta duas componentes distintas de interessante estudo. A primeira consigna na Lei dos Cuidados Paliativos a questão da distanásia e da ortotanásia, conceitos que analisarei mais à frente. Neste caso, um médico que recuse atos médicos que na sua opinião clínica não causem alívio ou melhoria da condição clínica do paciente, nem permitam a sua recuperação, tendo obrigação de manter os cuidados paliativos de tratamento da dor e sofrimento psicológico do paciente, não pode ser perseguido criminal e civilmente.

A segunda componente legislativa no caso luxemburguês descriminaliza a eutanásia ativa e o suicídio assistido, sendo que estabelece que um médico que pratica um destes dois atos não incorre na prática de um crime.

Contudo, a lei luxemburguesa é clara na diferenciação dos dois termos. A mesma entende como “eutanásia ativa” o ato intencional de um médico colocar termo a uma vida mediante pedido expresso do próprio, e como “suicídio assistido” o ato de um médico ajudar intencionalmente o paciente a cometer suicídio ou ser responsável por providenciar os meios para que o paciente se possa suicidar.

É também consignada na Lei o acesso à eutanásia para quem não consiga fisicamente manifestar a sua vontade por escrito, mediante os requerimentos e condições inculcados na dita Lei, desde que o médico conclua que o paciente está inconsciente, e/ou sofre de uma lesão acidental ou patologia grave e incurável, e/ou a situação é irreversível à luz do conhecimento científico atual.

Por fim, é relevante assinalar que o Luxemburgo consigna a objeção de consciência, estabelecendo que nenhum profissional de saúde pode ser forçado a participar na sua prática. Contudo, o clínico que recusa o ato tem de informar o paciente sobre as razões da objeção.

Eutanásia nos países não europeus

O Uruguai foi o primeiro país do mundo a inculcar na sua lei a Eutanásia, em 1934, ao abrir a possibilidade na lei da despenalização da Eutanásia de forma judicial, deixando à consideração do juiz aplicar o conceito de “homicídio piedoso” ao clínico que a praticar, mediante a vítima ter feito várias súplicas para morrer, o ato ter sido cometido por motivo piedoso e o praticante não ter antecedentes criminais.

Citada como um dos países pioneiros a nível mundial em relação à sua legislação sobre a eutanásia, desde 1997 que existem alterações legislativas neste sentido. O modelo colombiano passou por criar um regime legal benevolente para com o ato de eutanásia, intitulado “homicídio por piedade”, transitando para a isenção penal de quem praticasse o ato, desde que existisse um consentimento prévio e inequívoco do doente, que teria de se encontrar em estado terminal.

O regime legal colombiano impede o acesso à eutanásia por menores de 12 anos, tal como crianças e adolescentes com alterações de consciência, patologias psiquiátricas diagnosticadas que impeçam o entendimento e registo de uma opinião fundamentada. Contudo, o incitamento ou ajuda ao suicídio é punido por lei, com uma atenuação da pena se se tratar de um caso de colocar a termo intensos sofrimentos resultantes de lesão corporal ou doença grave e incurável.

No Canadá, desde 2016, a morte assistida é regulada. O primeiro passo foi a garantia legal de que o clínico que fornecer assistência médica na morte de uma pessoa não pratica homicídio culposo, desde que a pessoa em questão lhe tenha dado consentimento para que participasse no seu processo de morte. O conceito de morte assistida engloba tanto o suicídio assistido como a eutanásia.

Existem vários requisitos para que alguém possa iniciar o processo da morte assistida, entre estas cumprir condições para ter acesso ao sistema de saúde no Canadá, ter pelo menos 18 anos, sofrer de uma condição de saúde grave e irremediável, assinar um consentimento informado para receber assistência médica na morte após ser informado das opções terapêuticas alternativas, tais como cuidados paliativos. É importante referir que as diversas províncias canadianas são autónomas na aprovação legislativa sobre o consentimento para a prestação de cuidados de saúde, e que no Canadá a objeção de consciência está assegurada na lei da morte assistida.

AXIOLOGIA

Diferentes conceitos de eutanásia

A eutanásia é universalmente conhecida como o ato de abreviar a morte, de forma indolor, a vida de doente sem alternativa terapêutica viável.

Existe a eutanásia ativa, um ato médico deliberado de terminar uma vida mediante pedido expresso do paciente,

Do outro lado, temos a eutanásia passiva, que consiste na ausência de qualquer tipo de assistência médica para prolongar a vida de um paciente. Alguma escola de pensamento, e mesmo alguns países, tais como a Austrália, não consideram este conceito como parte da eutanásia. De facto, tal como referido por BARTELS e OTLOWSKI [3], parar tratamentos de prolongamento da vida, seja a pedido do paciente ou quando for considerado o melhor interesse do paciente, “tornou-se uma parte estabelecida da prática médica e é relativamente não controverso”.

A ortotanásia consiste em não usar qualquer procedimento médico para manter ou prolongar a vida de um doente para além do momento da sua morte natural. O seu objetivo é deixar o ser humano morrer em paz, sem interferir com o processo do fim de vida. Nos seus antípodas está a distanásia, que se opõe à ortotanásia, no sentido em que consiste na defesa do uso de todas as possibilidades terapêuticas e médicas para prolongar a vida de uma pessoa de forma artificial, tendo em mente que pode provocar sofrimento profundo. É importante referir que os códigos deontológicos das diferentes ordens proíbem explicitamente a distanásia.

Questão jurídica portuguesa

Previamente à aprovação de qualquer projeto de lei sobre a morte assistida, a eutanásia ativa seria considerada crime segundo o Código Penal português, sendo que poderia configurar tanto um homicídio privilegiado como homicídio a pedido da vítima.

O *modus operandi* legal português tem sido uma posição intermédia, como é referido pelo penalista Manuel Lopes Maia Gonçalves, que defende que na verdade o homicídio nem é punido, nem a legislação atual permite que se puna. Ainda, refere que manter este crime como privilegiado causa a impossibilidade de punição da eutanásia recorrendo ao princípio da não exigibilidade.

O mesmo jurista destaca que a ortotanásia tem sido largamente consensualizada juridicamente como uma ação sem consequência criminal, pelo entendimento comum de que o prolongamento da vida de alguém com recurso a tratamentos ineficazes e desproporcionais,

muitas vezes causadores de sofrimento atroz ao paciente, é manifestamente anti-ética. Assim, a sua interrupção, leia-se, a ortotanásia, não pode ser considerada eutanásia ativa. De facto, mesmo a aplicação de medicamentos destinados a aliviar a dor do paciente, ainda que possam culminar na redução do tempo esperado de vida (eutanásia indireta), tem também sido considerada ética.

A lei aprovada

Na XIV legislatura foram apresentados diversos projetos de lei sobre a morte medicamente assistida, pelos partidos Bloco de Esquerda, Partido dos Animais e Natureza, Partido Socialista, Partido Ecologista os Verdes e Iniciativa Liberal. De todos estes projetos, e do subsequente debate, resultou o Decreto da Assembleia da República n.º 109/XIV, que regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, com subsequente alteração do Código Penal. Depois do Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa requerer a fiscalização preventiva de várias normas, o Tribunal Constitucional pronunciou-se pela inconstitucionalidade de uma das normas. Assim, o Presidente da República devolveu o Decreto à Assembleia da República, tendo-o repetido mais uma vez.

No fim, e depois de dois vetos políticos do Presidente, a Assembleia da República voltou a aprovar o Decreto a 12 de maio de 2023, sendo que a 16 de maio Marcelo Rebelo de Sousa procedeu à sua promulgação, como é ditado pela Constituição da República.

O decreto de Lei aprovado consigna que a morte medicamente assistida só será aplicada em termos de eutanásia se o doente tiver uma incapacidade física que impeça que se consuma o suicídio assistido.

DEONTOLOGIA

Análise do papel do farmacêutico no ato da eutanásia

O princípio basilar da profissão farmacêutica é prestar cuidados de saúde e defender o direito à vida. Os farmacêuticos são defensores do paciente ao longo da sua vida, e isto inclui o seu fim. À medida que os países foram aprovando o suicídio assistido e a eutanásia foi percebido o papel fundamental que os farmacêuticos têm nesta prática, dado que, na verdade, no caso do suicídio assistido tem de ser processada uma receita de uma substância em dose letal acompanhada por aconselhamento farmacêutico, e no caso da eutanásia seria necessário o envolvimento de um farmacêutico comunitário ou hospitalar no processo de preparação da dose letal para administração.

Existem países que inculcaram nas suas leis da eutanásia e do suicídio assistido que o farmacêutico não é considerado um sujeito ativo ou responsável pelo processo, como a Bélgica, mas a grande generalidade dos países são omissos ao papel do farmacêutico no referido ato, contrariamente ao caso dos enfermeiros e dos médicos, excetuando na objeção de consciência, que mesmo no caso da Bélgica, que não considera o farmacêutico um ator ativo do ato eutanasiante, tem na mesma direito à sua objeção de consciência. Assim, as diferentes Sociedades e Ordens Farmacêuticas tiveram de formular posições sobre o tema, especialmente sobre a forma ética de procedimento no caso.

A Associação Americana de Farmacêuticos Hospitalares, – ASHP, produziu uma declaração pública [5] sobre a tomada de decisão dos seus associados no suicídio assistido. Primeiramente, assevera que a declaração tem como objetivo final a eliminação da necessidade de pedido de suicídio assistido pela parte do paciente, contudo reitera explicitamente que a posição oficial da ASHP é de apoio ao direito do farmacêutico a participar ou não participar em terapêuticas eticamente problemáticas. Ainda, identifica as obrigações profissionais dos farmacêuticos para com os pacientes, tais como a obrigação para com o paciente, para garantir a administração de terapêutica farmacológica adequada para cuidados paliativos, por mais agressiva que seja.

Não obstante, é fundamental ressaltar que a declaração da ASHP deixa claro que o fardo da objeção de consciência tem de recair no empregador, seja este público ou privado, e não no profissional, de modo ao paciente não perder o acesso a um procedimento clínico em relação ao qual tem um direito fundamental.

A Associação Canadense de Farmácia, - CPhA, decidiu fazer um inquérito nacional [6] para levantar as principais preocupações dos seus associados relativamente ao suicídio

assistido, nomeadamente para aconselhar devidamente o governo canadense depois da posição favorável do Supremo Tribunal Canadense relativamente ao suicídio assistido. As principais preocupações levantadas pelos clínicos correspondiam à proteção do direito à objeção de consciência; ao aconselhamento farmacêutico, um requerimento legal para a dispensa de qualquer medicação oral, e que se aplicaria à dispensa da substância letal no caso do suicídio assistido, independente de ser cedido a um paciente ou clínico; e por fim questões de informação farmacêutica.

De facto, a questão levantada pela CPhA neste último aspeto é fundamental. Não existem neste momento substâncias ativas reservadas ao suicídio assistido, e dado que os farmacêuticos comunitários e hospitalares poderão não ter acesso à informação sobre o uso indicado da substância dispensada, é fundamental que tenham como aceder à informação do plano clínico e do diagnóstico do paciente no caso de prescrições relacionadas com o suicídio assistido.

A Associação Real Holandesa para o Avanço da Farmácia [7] desenvolveu *guidelines* para os farmacêuticos confrontados com pedidos de dispensa de fármacos com o propósito da eutanásia. Primeiramente, e antes da dispensa da medicação, tem de existir uma conversa entre o médico e o farmacêutico, concernente a todos os aspetos relevantes ao historial clínico do paciente, tais como integridade do seu mecanismo de deglutição, e medicação habitual, sendo que depois de recolher estas informações o farmacêutico pode recusar dispensar a medicação.

Em segundo lugar, a prescrição tem de ter componentes específicos que assinalem o seu uso para eutanásia, algo similar às prescrições portuguesas que contenham psicotrópicos. Ou seja, o arquivo da prescrição seria obrigatório, sujeito a auditoria, e de alta sensibilidade.

Em terceiro lugar, é requerido ao farmacêutico que entregue em mãos o fármaco eutanasiante ao clínico que o administrar, e é também obrigatório que seja um farmacêutico credenciado, sendo que técnicos de farmácia não podem estar envolvidos na entrega dos fármacos. É ainda obrigatório que na rotulagem dos fármacos esteja presente a informação de que o que não for utilizado têm de ser de novo entregues ao farmacêutico para os descartar de forma segura.

Considero ainda muito relevante o pedido reiterado da Associação Real Holandesa para o Avanço da Farmácia para o desenvolvimento de um protocolo que regule a atuação do farmacêutico no ato da eutanásia. Por exemplo, foi testado numa província do norte da Holanda a standardização do acondicionamento e escolha de fármacos para uso na

eutanásia ou suicídio assistido, com uma adesão muito positiva pelos profissionais farmacêuticos.

Depois da aprovação e promulgação da Lei da Eutanásia em Portugal ainda existe um longo caminho a ser percorrido em termos de regulamentação. Assim, o papel do farmacêutico no ato eutanasiante à luz do que será a prática regular em Portugal ainda não é profundamente compreendido. Contudo, já sabemos um conjunto de coisas que nos permitem aprender com o que foi feito em outros países.

Primeiramente, é importante garantir que o farmacêutico tem a oportunidade de exercer o seu direito à objeção de consciência. De facto, tudo indica que os fármacos usados para o ato eutanasiante sejam, a par com o praticado noutros países, substâncias comumente usadas para tratamento da dor crónica, como morfina, sedativos ou barbitúricos [8]. Assim, é fundamental que o farmacêutico tenha acesso à informação do uso pretendido para a dispensa de medicação para que possa exercer o seu direito à objeção de consciência.

Em segundo lugar, e mesmo tendo em consideração que a lei aprovada ainda carece de regulamentação, não parece provável que a farmácia comunitária seja um fator ativo no ato eutanasiante ou de suicídio assistido, dado que muito provavelmente estará restrito ao Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Paliativos. Contudo, o papel do farmacêutico hospitalar, e isto é também verdade para o farmacêutico comunitário, não é o de ser um mero dispensador. A dispensa farmacêutica é um ato clínico que deve sempre ser praticado tendo acesso à informação mais completa possível. É, portanto, fundamental que seja regulamentada uma troca de informação entre o clínico que prescreve os fármacos eutanasiantes e o farmacêutico que está responsável de os dispensar.

Pareceres e posições das ordens dos profissionais de saúde

A Ordem dos Médicos emitiu um parecer em 2018 tendo como âmbito os projetos de lei sobre o suicídio assistido e a eutanásia. O Parecer [9] foi desenvolvido pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica, um órgão consultivo da Ordem. Primeiramente, é da opinião do Conselho que a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos não foi ainda devidamente aplicada por falta de profissionais e meios materiais. Contudo, consideram que mesmo sendo uma Lei relativamente recente e com aplicação equitativa parca, a eutanásia e o suicídio assistido não têm forma de ser enquadradas na mesma, denominando-as até “um corpo estranho, desenquadrado e desnecessário”.

De seguida, o Conselho apresenta-se contrário à terminologia usada no projeto de Lei. Na sua opinião, “morte assistida” refere-se à morte assistida por profissionais de saúde,

acompanhado de familiares e pessoas significativas, e a lei da eutanásia, na opinião do Conselho, pretende regulamentar a eutanásia ativa e voluntária, e a ajuda ao suicídio.

Contudo, no mesmo parecer, o Conselho deixa claro que na prática médica de assistência ao doente terminal padecente de doença irreversível, de forma a evitar a distanásia, pode ocorrer a promoção da ortotanásia, pela suspensão ou não procura de tratamentos, e até o uso de fármacos para aliviar sofrimento insuportável que tenham como consequência o abreviar da vida do paciente. Apesar disto, o Conselho não considera este ato uma antecipação da morte, embora na prática o seja.

O Código Deontológico da Ordem dos Médicos [10] é claro sobre esta problemática. De facto, no Capítulo II, do Título II, no artigo 65º, — Fim da Vida, — lê-se: “2- Ao médico é vedado a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia”. Conclui-se assim que a posição da Ordem dos Médicos, à luz do presente Código Deontológico, e do citado Parecer é invariavelmente contrária à eutanásia e ao suicídio assistido.

A Ordem dos Enfermeiros endereçou à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República Portuguesa pareceres sobre todos os projetos de Lei inicialmente apresentados sobre esta temática. Para o âmbito desta tese, e tendo em consideração que a Lei da Eutanásia aprovada tem por base o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1ª do Partido Socialista, parece-me mais relevante analisar a posição da Ordem acerca deste Projeto de Lei.

Primeiramente o Parecer [11] da Ordem dos Enfermeiros deixa claro que os conceitos em análise no projeto de lei, sendo estes a morte medicamente assistida e o suicídio assistido, não estão devidamente clarificados, maturados e fundamentados.

Em segundo lugar, defendem que a equipa prestadora de cuidados que tomará decisões clínicas de fim de vida concernentes à eutanásia e ao suicídio assistido como é apresentada no projeto de Lei não é verdadeiramente multidisciplinar, dado que na ótica da Ordem dos Enfermeiros, o processo se encontra centrado na figura do “médico orientador”, e de forma incompreensível, dado o papel de proximidade do enfermeiro como paciente de cuidados paliativos.

Ainda, considera a Ordem dos Enfermeiros que o “médico orientador”, sendo que pode ser especialista de uma área distinta da patologia central ou de cuidados paliativos, e dado que é quem escolhe o especialista que depois valida a sua apreciação, que estes clínicos poderão não ter qualquer contacto próximo com o paciente e a sua realidade. Consideram, portanto, que a “adequada informação” que pressupõe o processo de eutanásia pode estar seriamente comprometido.

Outro aspeto analisado no parecer da Ordem dos Enfermeiros é que o direito de objeção de consciência se encontra em causa porque o artigo 19º, n.º2, diz claramente que o profissional que se recusar a participar no processo deve comunicar essa recusa ao paciente num prazo de 24 horas, e especificar as razões que a motivam. É da opinião da Ordem que o direito de objeção de consciência não pode ser balizado temporalmente, e que não pode carecer de justificação.

Parecer do Conselho Nacional Para a Ética das Ciências da Vida

O Conselho Nacional Para a Ética das Ciências da Vida, -CNECV, é um órgão consultivo independente que atua desde 2009 ao lado da Assembleia da República Portuguesa, analisando as problemáticas éticas que sejam suscitadas por avanços tecnológicos nas áreas das Ciências da Vida. O papel deste Conselho, em funcionamento desde 1900, é pronunciar-se sobre estes temas, de modo a auxiliar a elaboração de políticas públicas concernentes ao seu âmbito de atuação.

O CNECV já se pronunciou várias vezes sobre o fim de vida, praticamente desde a sua fundação. Acompanhando o processo legislativo e a discussão jurídica e penal relacionada com a eutanásia, e pese embora já tivesse elaborado três pareceres em 2020 em relação à matéria de fundo, o CNECV decidiu em 2022 elaborar um parecer final sobre a matéria legislativa mais completa, o Projeto de Lei n.º 5/XV/1º do Bloco de Esquerda, o Projeto de Lei n.º 74/XV/1º do Partido Socialista e o Projeto de Lei n.º 83/XV/1º do Partido dos Animais e Natureza. Estes Projetos de Lei decorrem de alterações realizadas depois do Presidente da República devolver à Assembleia da República o Decreto n.º 199/XIV.

O primeiro aspeto sobre o qual o Parecer [12] do CNECV se debruça é o facto de todos os projetos de lei terem abdicado do termo “doença fatal”, passando a usar o termo “doença grave e incurável” ou “doença grave ou incurável”. De facto, no primeiro Decreto aprovado (Decreto n.º 109/XIV) constava, e com muitas críticas, inclusive do Tribunal Constitucional, a “doença incurável e fatal”.

Assim, a sua remoção é vista pelo CNECV como um aumento do universo de possíveis requerentes em relação ao decreto original, sendo que defende que materializa uma verdadeira rampa deslizante, por considerarem que a discussão tida na sociedade portuguesa não tem correspondência neste alargamento. O CNECV considera ainda que uma delimitação de universo com densidade ético-axiológica seria possível, dado que já tem adesão na legislação portuguesa, como o caso do conjunto de pessoas que têm acesso a sedação paliativa.

Ainda, está presente no Parecer a posição do CNECV sobre o uso do conceito de sofrimento, que na perspetiva do Conselho, é profundamente incongruente. No artigo 3.º, n.º I, é referida a exigência de “situação de sofrimento intolerável”, contudo, no artigo 2.º definem-se os conceitos de “sofrimento” e “sofrimento de grande intensidade”, e não o “sofrimento intolerável”, levantando na opinião do Conselho uma incerteza sobre que termo define o âmbito da Lei. Concluem a avaliação referindo que o próprio Tribunal Constitucional referiu no seu Acórdão n.º 123/2021 que o conceito de sofrimento intolerável é determinável, apesar de indeterminado, tornando uma definição de sofrimento no artigo 2.º altamente desnecessário, além de acrescentar ainda mais incerteza.

O CNECV considera que apesar dos projetos de lei definirem como objetivo do mesmos garantir a autonomia do doente, na verdade não o cumprem. De facto, e em semelhança à posição da Ordem dos Enfermeiros, é considerado pelo CNECV que o médico orientador, pese embora escolhido pelo doente, não tem de ser da sua confiança e conhecedor da sua realidade clínica, nem sequer é obrigatório ser especialista na patologia principal da qual o paciente padece.

Assim, é considerado pelo CNECV que dado que a verdadeira decisão sobre a morte medicamente assistida reside no médico orientador, esta carece de sustentação para preconizar a vontade livre, séria e esclarecida do doente. Ainda, dado que existem doentes em Portugal ainda sem médico de família, e, portanto, sem o pilar clínico de proximidade, o CNECV considera impreterível que exista a exigência de confiança entre o doente e o médico orientador, com o risco de ao não ser cumprida causar um total abandono do doente.

Ainda na componente do respeito pela autonomia do doente, o CNECV refere que o assegurar de acompanhamento psicológico ao paciente é manifestamente insuficiente, por não garantir que no momento de formulação do pedido o acompanhamento seja oferecido.

No acesso a cuidados paliativos o CNECV levanta uma questão altamente pertinente. Os projetos de lei, e a respetiva Lei da Eutanásia garantem que “ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos”. Mesmo considerando que estes cuidados paliativos sejam consequentes e de qualidade, essencial para preconizar uma verdadeira alternativa, esta garantia não respeita o princípio de igualdade entre doentes. Efetivamente, um doente que se encontre em sofrimento, e que não queira iniciar o processo de pedido de morte medicamente assistida, é claramente discriminado porque não tem garantia de acesso a cuidados paliativos.

Por fim, o CNECV posiciona-se contra a atual constituição da Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida. Na sua opinião, devia integrar mais um médico, indicado pela Ordem dos Médicos, ao considerarem insuficiente a presença de um só médico, nomeadamente porque conta com a presença de dois juristas. Ainda, é considerado pelo CNECV que um psicólogo clínico nomeado pela Ordem dos Psicólogos devia integrar a Comissão para garantir uma avaliação não meramente burocrática do processo, mas sim com a integração da clínica nas suas diferentes vertentes.

BIOÉTICA

A bioética [13] versa no estudo dos dilemas éticos inerentes à prática médica, de saúde pública e do estudo do ambiente. De facto, a prática clínica rege-se segundo princípios, que quando estão em conflito, algo que ocorre recorrentemente, são resolvidos pela bioética. Os dois princípios bioéticos fundamentais em conflito no caso da eutanásia são o princípio da não-maleficência e o princípio da autonomia do doente.

O princípio da não-maleficência [14] determina que o clínico não pode infringir dano intencionalmente, explanado no juramento hipocrático, que preconiza que o profissional de saúde use as ferramentas técnicas a seu favor para assistir o paciente, e nunca para lesar ou prejudicar.

O princípio da autonomia determina que o paciente é um ser livre, com posse da sua razão, e passível de ser responsabilizado pelos atos de diagnóstico ou terapêuticos que lhe forem propostos. Fundamentalmente alterou o paradigma clínico, ao remover do profissional de saúde a arbitrariedade de atuação clínica que preconizava o paternalismo do modelo hipocrático.

Assim, a morte medicamente assistida personifica o conflito bioético entre o princípio da não-maleficência e o princípio da autonomia. De seguida, prosseguirei a analisar os diferentes argumentos dos distintos lados desta questão, culminando com a minha visão pessoal, mas considero fundamental ressaltar exatamente do que se trata. Não da moralidade única de um lado, nem da compaixão ímpar do outro, mas de visões diferentes sobre a resolução de um conflito bioético com décadas, um especialmente difícil de resolver, dado que é uma questão de vida e morte.

Análise dos argumentos favoráveis

A eutanásia passiva, denominada ortotanásia, é praticada no ato médico. É claro que um clínico, tendo em mente agir segundo os melhores interesses do paciente, confrontado com um doente em sofrimento e com a opção de administração de fármacos para alívio da dor, mesmo sabendo que a dita administração pode resultar na morte do doente, escolhe aliviar o sofrimento do paciente.

Perante isto, os proponentes da Lei da Eutanásia defendem que se a ortotanásia é prática clínica, e a distanásia é manifestamente não ética, a evolução da bioética é para o princípio da autonomia do doente, abrindo caminho para a legislação da morte medicamente assistida.

Ainda, defendem que por mais que existam cuidados paliativos de qualidade, se uma pessoa se encontrar num estado de sofrimento físico e psicológico tal que viver se torne intolerável, não existem cuidados de saúde que preconizam a resposta adequada a esta situação. Existem doentes com doenças terminais, diagnosticadas relativamente cedo, que sabem que a ciência não tem resposta para a sua condição, e querem morrer com dignidade antes de atingirem o pico natural de decaimento da patologia. Os defensores da eutanásia advogam que não responder a estas pessoas com a possibilidade de no Serviço Nacional de Saúde acederem à morte medicamente assistida é empurrar quem tem capacidade económica para o estrangeiro, e quem não a tem, para o abandono e recurso ao suicídio.

Por fim, os defensores da morte medicamente assistida argumentam que a dignidade humana, embora um valor universal, não pode sustentar uma obrigatoriedade de outra pessoa viver quando considera que a sua vida já não é digna.

Análise dos argumentos contra

A distinção mais importante feita por juristas, juízes, e outros, de modo a justificarem a sua posição contrária à morte medicamente assistida é acerca do que consideram ser a antecipação da morte natural (eutanásia) e a ortotanásia. Como é referido pela Juíza CARLA ISABEL BENTO SOARES CARECHO [15], no primeiro caso é um fármaco que causa a morte, sendo que na ortotanásia é a própria doença. Ou seja, que a vida é um direito inviolável.

Defende ainda que o conceito de qualidade de vida é difuso e abstrato, não existindo verdadeiros parâmetros para o medir, pelo que usá-lo para medir a dignidade de uma vida é assumir que uma vida é indigna se não tiver qualidade de vida.

Outro argumento usado por profissionais de saúde, e referido por EDUARDO JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS [16] é que o uso do princípio da autonomia do doente não tem materialização prática quando a escolha não é verdadeiramente livre, ou seja, quando não é possível assegurar se a pessoa desistiu do seu projeto de vida, ou está insatisfeita com as suas condições de vida.

De facto, 80% das pessoas elegíveis para cuidados paliativos não têm acesso aos mesmos. O tratamento da dor crónica, e de quem vive com sofrimento diariamente, requer cuidados paliativos de qualidade, e só nessa condição será possível uma avaliação real pela parte do paciente das suas opções. Ainda, acresce o facto de a população idosa portuguesa ser muitas vezes deixada ao abandono, pelas suas famílias, e pelo próprio Estado. Os cuidados paliativos a nível domiciliário, em Unidades de Saúde Familiar, e hospitais oncológicos, no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, não são uma realidade.

Para além de argumentos contra a prática em si, existem argumentos contra a despenalização da morte medicamente assistida. De facto, o argumento mais recorrentemente utilizado é o da rampa deslizante. Em países como a Bélgica, a morte medicamente assistida foi legislada em primeira instância, e depois o seu âmbito foi manifestamente alargado. No caso Belga, desde 2014 que a eutanásia foi aberta a menores de idade. O argumento passa pelo receio de que um âmbito inicial relativamente reduzido seja inevitavelmente alargado, mediante pressão social para tal, e que depois do nível inicial ser normalizado, há um risco real dos diferentes níveis legais serem ultrapassados com relativa pouca emergência social.

Reflexão pessoal sobre o tema

O propósito de um profissional de saúde é, acima de tudo, cuidar. Num mundo tão focado no culto da morte, e tão pouco no rito da vida, o profissional de saúde tem como papel fundamental acompanhar o doente em todos os passos da sua vida, incluindo os episódios repletos de sofrimento consequentes do padecer de uma patologia crónica.

Assim, no abstrato, a eutanásia e o suicídio assistido consistem nas problemáticas de maior dificuldade de resolução ética para um profissional de saúde. O primeiro impulso que tenho é perguntar-me se num país com uma comunidade idosa tão isolada e abandonada, e com cuidados paliativos tão deficitários, fará sentido aprovar uma lei da eutanásia antes de garantirmos que quem quer viver o faz com a maior qualidade de vida possível. Por isso mesmo, considereei muito relevante entender a sociografia e motivação dos pacientes que procuram eutanásia e/ou suicídio assistido.

Existem alguns estudos que me permitem tirar conclusões. No caso do grande estudo realizado nos Estados Unidos [17], com uma amostra representativa das 10 especialidades da medicina mais confrontadas com a eutanásia e/ou suicídio assistido, verificou-se que os pacientes que fazem pedidos para morte medicamente assistida o fazem de forma reiterada, sofrem de substanciada dor física, e espera-se que padeçam brevemente da patologia inerente.

Outro estudo [18] realizado na Columbia Britânica permitiu chegar a duas conclusões interessantes: primeiramente que a proporção de requerentes que sofriam de falências de órgãos e patologias neurológicas estava a aumentar, e ainda mais relevante, que seriam os pacientes que tiveram acesso a cuidados paliativos formais que citam os sintomas físicos da sua patologia como principal razão para o pedido.

Evenblij *et. al* [19] foi muitíssimo inovador na sociografia de requerentes. O estudo prova que os pacientes com sintomas físicos e baixa expectativa de vida são mais prováveis de pedir para iniciar o processo da eutanásia, enquanto pacientes com sintomatologia de depressão são menos. Ainda, estabelece que qualquer paciente com patologias do foro

psiquiátrico é menos provável de levar a cabo o processo da morte medicamente assistida, tanto por ser menos provável que o peça, como é menos provável que um clínico o pratique.

Por fim, comprova que do grupo analisado, os doentes consultados por especialistas da dor e psiquiatras são mais prováveis de requerer o processo da morte medicamente assistida do que qualquer outro tipo de paciente, um dado absolutamente inovador e fundamental.

Depois de analisar estes dados, e considerando que foram realizados em países com cuidados paliativos muitíssimo avançados, nomeadamente no controlo da dor paliativa, é inegável que a garantia de outra opção que não a morte medicamente assistida é apenas isso, uma opção.

Existem perigos reais em aprovar uma Lei da Eutanásia num país com uma população idosa tão isolada como a portuguesa. Contudo, esta questão tem de ser analisada à luz do Decreto de Lei [20] promulgado. Primeiramente, porque se poderia argumentar que mesmo com estudos garantindo que o acesso a cuidados paliativos não significa que não sejam realizados pedidos para a morte medicamente assistida, é indiscutível que os cuidados paliativos como opção terapêutica são essenciais, e que devido à sua escassez em Portugal, o doente não tem uma verdadeira escolha. Contudo, tal como está disposto no n.º 6 do Artigo 4º do Decreto de Lei, o acesso a cuidados paliativos a um doente que peça a eutanásia é sempre garantido.

Neste aspeto, e concordando com o Parecer 116 de 2022 da CNECV, levanta-se inclusive um problema com o Princípio da Igualdade. De facto, um paciente que peça para iniciar o processo da morte medicamente assistida tem imediatamente acesso a vaga em cuidados paliativos. Isto preconiza o espírito cauteloso que define esta Lei, arredando sem qualquer margem de manobra o argumento da escolha do processo por falta de acesso a cuidados paliativos.

Em segundo lugar, porque na incapacidade do doente fazer o pedido por escrito, e assinar em concordância com o referido no Decreto supracitado, se poderia fazer representar por uma pessoa de confiança, e este facto poderia abrir hipótese de algum familiar e/ou herdeiro do paciente forçar o processo para que dessa forma pudesse beneficiar economicamente. Contudo, está explícito no n.º 3 do Artigo 11.º que a pessoa designada nunca poderá ser alguém que tem um benefício direto ou indireto com a morte do paciente, inclusive pretensões sucessórias.

No fim da escrita desta monografia o processo de regulamentação da Lei ainda não estava concluído, mas algo podemos desde já concluir. A Lei da Eutanásia Portuguesa será uma

das mais conservadoras dos países que fizeram aprovação semelhante, e não tem, na minha perspectiva, cadência de permitir o uso da chamada “rampa deslizante” legislativa.

Afirmo-o tendo por base os argumentos citados anteriormente, e porque depois de horas incontáveis a analisar a ação do Tribunal Constitucional, do CNECV, da própria Assembleia e até da Presidência da República, não tenho dúvidas que o Tribunal Constitucional impediria qualquer alteração que corrompesse o espírito conservador da Lei, tal como o alarme social o tornaria insustentável.

É inegável para mim que a deontologia proibitiva em matérias de consciência desprotege o profissional, e principalmente o paciente. Os próprios códigos deontológicos e a prática clínica aproximam-se da permissão da ortotanásia, e distanciam-se da distanásia e do prolongamento artificial da vida, deixando claro que o valor da própria vida não é por si só imperativo e absoluto. A maior defesa do profissional é ter um ato clandestino devidamente regulamentado, com as balizas legais e de atuação o mais claras possível.

No fim, a morte medicamente assistida é nada mais, nada menos, que o conflito bioético entre o princípio da não-maleficência e o princípio da autonomia. O profissional que resolva o conflito privilegiando o princípio da não-maleficência em relação ao da autonomia deve ter todo o direito de o fazer, acedendo assim à sua objeção de consciência. Não deve é defender que o peso distinto que dá a um lado de uma equação difícilíssima de resolver é absoluto, e que todos os profissionais a resolvam da mesma forma.

CONCLUSÃO

O tema da morte medicamente assistida configura um dos dilemas bioéticos de mais difícil resolução desde sempre. Existe um conflito claro entre princípios bioéticos, mas acima de tudo é um encontro entre o profissional e o seu próprio juízo moral e o paciente e a sua autonomia perante os cuidados de saúde.

Contudo, engloba também a nossa atitude como sociedade perante os mais frágeis e doentes, seja na capacidade de oferecer cuidados paliativos de excelência, como o SNS e os referidos cuidados configurarem uma adequada resposta à dor.

A alteração da Lei Penal é soberana, mesmo que legalize uma prática não prevista nos Códigos Deontológicos dos profissionais de saúde. Porém, considero fundamental que as ordens profissionais não assumam uma atitude meramente proibitiva, mas que contribuam ativamente para que a regulamentação da Lei da Eutanásia apresente o máximo de proteção e segurança para os profissionais que de facto participem no ato eutanasiante.

BIBLIOGRAFIA

1. VAN HOOFF, A. J. L. (2004). **Ancient euthanasia: “good death” and the doctor in the graeco Roman world.** *Social Science & Medicine*, 58(5), 975–985. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.036>
2. NUTTON, V. (1996). **Hippocratic morality and modern medicine.** In H. Flashar, & J. Jouanna (Eds.), *Medecine et morale dans l’antiquite* (p. 46). Vandoeuvres-Geneve: Fondation Hardt.
3. BARTELS L, OTLOWSKI M. **A right to die? Euthanasia and the law in Australia.** *J Law Med.* 2010 Feb;17(4):532-55.
4. AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. **ASHP statement on pharmacist’s decision-making on assisted suicide.** *Am J Health-Syst. Pharm.* 1999; 56:1661–4.
5. BERARD, G., & WALKER, J. **CPhA surveys pharmacists on physician-assisted dying.** *Canadian Pharmacists Journal*, 149(1), 54–55. <https://doi.org/10.1177/1715163515621879>
6. HURLEY, R. **Assisted dying: Your vote counts.** In *The BMJ* (Vol. 368). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.m646>
7. N.J. NAAFS. **Pharmaceutical care until the end: the role of pharmacists in euthanasia in the Netherlands.** Retrieved August 12, 2023, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11599197/>
8. SCHNEIDERHAN, M. E. **Physician-Assisted Suicide And Euthanasia: The Pharmacist’s Perspective.** In *Omega* (Vol. 40, Issue 1).
9. ORDEM DOS MÉDICOS. **Parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica: Projetos de lei de suicídio assistido e de eutanásia.** Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2018/05/Informa%C3%A7%C3%A3o_CNEDM16-Eutan%C3%A1sia_CNEDM.pdf
10. **Regulamento n.º 707/2016**, de 21 de julho. *Diário do República: Série 2, n.º 139.* [Acedido a 17 de agosto de 2023]. Disponível na internet: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016__Regulamento_Deontol%C3%B3gico.pdf
11. ORDEM DOS ENFERMEIROS. – **Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre os Diferentes Projetos de Lei .** [Acedido a 17 de agosto 2023] – Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17195/projecto-de-lei-n%C2%BA-104-xiv-1%C2%AA-ps-sai-oe-2019-10939-003.pdf>
12. GODINHO, I., & OLIVEIRA DA SILVA, M. **Sobre Os Projetos De Lei N.º 5/Xv/Iª (Be), N.º 74/Xv/Iª (Ps) E N.º 83/Xv/Iª (Pan), Que Regulam As Condições Em Que A Morte Medicamente Assistida Não É Punível E**

- Alteram O Código Penal Relatório I.** Retrieved August 11, 2023, from <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219>
13. Neves, C. (2001). **Bioética, Temas Elementares** (Fim de Século Edições, Ed.). ISBN: 9727541690
 14. FARIA COSTA, FERNANDES GODINHO - “**Em Redor Da Noção De Acto Médico**”, in José de Faria Costa/Inês Fernandes Godinho (Orgs.), *As Novas Questões em Torno da Vida e da Morte em Direito Penal. Uma Perspectiva Integrada*, Coimbra: Wolters Kluwer/Coimbra Editora, 2011, p. 393.
 15. BENTO, C. I., & CARECHO, S. **Direitos humanos ou desejos humanos?-A Dignidade da Pessoa Humana.** www.robertocavalcanti.adv.br
 16. JOSÉ, E., S., AURÉLIO, F., & DINIZ,. **Resposta À Eutanásia Enquanto Prática Ética**
 17. MEIER, D. E., EMMONS, C.-A., LITKE, A., WALLENSTEIN, S., & SEAN MORRISON, R. **Characteristics of Patients Requesting and Receiving Physician-Assisted Death.** <https://jamanetwork.com/>
 18. Wiebe Jessica Shaw RSW Stefanie Green CCFP Konia Trouton CCFP MPH FCFP Michaela Kelly, E. C. (2018). **Reasons for requesting medical assistance in dying.** In *Canadian Family Physician* (Vol. 64)
 19. EVENBLIJ, K., PASMAN, H. R. W., VAN DER HEIDE, A., HOEKSTRA, T., & ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. D. (2019). **Factors associated with requesting and receiving euthanasia: A nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age.** *BMC Medicine*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1276-y>
 20. **Lei n.º 22/2023**, de 3 de março. Diário do República: Série I, n.º 101. [Acedido a 17 de agosto de 2023]. Disponível na internet: <https://files.dre.pt/Is/2023/05/10100/0001000020.pdf>