

Comentário ao Projeto de Lei n.º 4/XIV/1.ª do Bloco de Esquerda

Define e regula as condições em que a antecipação da morte por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e em sofrimento duradouro e insuportável, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde, não é punível

Antonino Sousa, Helena Gonçalves, Joana Teles, Paulo Borges

Doutorados em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa

Tem-se vindo a constatar nos últimos anos um crescente interesse na discussão em torno da despenalização e regulamentação legal da eutanásia/suicídio assistido. Enquanto sociedade, assiste-se a uma perceção do bom viver e da qualidade de vida, em todos os momentos da vida, diferente da contida em gerações anteriores e assim também do sofrimento aceitável ou tolerável. Esta mudança de perceção deve-se em grande parte à considerável melhoria dos cuidados de saúde, das condições de escolaridade e sanidade pública, que aportaram, às sociedades de que fazemos parte, um nível social, sanitário e cultural mais elevado. Este é, assim, um questionar típico das sociedades com índice alto na escala de desenvolvimento económico-social. Também em Portugal assistimos a uma crescente reflexão em torno das questões de final de vida, que tem ganho expressão parlamentar concreta através de várias propostas.

Este trabalho fará uma análise crítica da proposta do Bloco de Esquerda em torno dos seus dois objectivos principais – a *regulamentação legal* através de um quadro normativo próprio e a *despenalização* da antecipação da morte por vontade expressa, em situações específicas apontadas. Faremos, numa primeira fase, uma apreciação a partir das expressões utilizadas no título da proposta e posteriormente uma reflexão sobre a qualidade e a pertinência do documento em análise.

Sobre a “Antecipação da morte”

Não consideramos a utilização do termo *Antecipação da Morte* o mais adequado. A nomenclatura usada deve ser inequívoca, para que possa ser facilmente compreendida pelos cidadãos, pois o termo escolhido e proposto parece-nos ambíguo e pouco rigoroso.

No nosso entendimento, consideramos que os termos que melhor definem a situação em causa, devem ser: a) *eutanásia* - entendida como supressão intencional da vida de forma indolor, para alívio de quem sofre de forma insuportável, realizada por terceira pessoa, e b) *suicídio assistido* - entendido como supressão intencional da vida de forma indolor, auto-administrada pelo próprio requerente, em que o médico disponibiliza os meios necessários para a sua concretização, para alívio de quem sofre de forma insuportável.

Sobre “A decisão da própria pessoa”

Neste ponto parece-nos oportuno aportar algumas reflexões sobre conceitos que consideramos fundamentais:

- **Princípio ético do respeito pela autonomia** – reconhecemos como fundamental o respeito pela autonomia da pessoa doente enquanto agente moral capaz de decidir o rumo da sua vida, de acordo com as opções disponíveis. Nesta proposta, a decisão da pessoa doente assume um relevo dominante nas considerações apresentadas. No entanto, pondera-se que a livre decisão raramente é individual, mas antes se constrói em relação e é sempre situacional. Compreender esta dinâmica de decisão parece-nos essencial numa escolha desta magnitude, de forma a excluir qualquer tipo de coação, interna ou externa, e a valorizar a liberdade e autêntica autonomia da pessoa com doença.

- **Princípio do respeito pela dignidade** – uma das fundamentações da proposta assenta no conceito de agressão à dignidade própria, na fixação de uma obrigação a viver em situação de grande dificuldade pessoal. A perceção e compreensão da dignidade é muito diversa por cada um, e, portanto, subjetiva, sendo difícil a sua delimitação cabal, podendo ser invocada para uma situação e o seu exato contrário. Ou seja, consideramos que a dignidade contém em si um cunho de respeito pelo outro, que nenhuma situação de doença consegue abolir porque a vida humana é toda ela digna de respeito. A dignidade não é apenas um direito reclamado pelo próprio, mas constitui a essência do ser humano na sua transversalidade, no sentido que não só é reconhecido pelo próprio, como atribuído por outrem. Pensemos por exemplo nas crianças, nos idosos desmemoriados, ou nos deficientes que apesar de não terem consciência plena de quem são, não deixam de ter a mesma dignidade como qualquer outro ser humano. No entanto, compreendemos que

para cada um individualmente haverá situações que atentam contra o que se considera ser uma vida tolerável e com sentido e que a vida, apesar de ser só por si um valor inalienável, não é sempre o valor único nem o maior, podendo outros valores ser sopesados nessa avaliação de valor.

O que queremos aqui destacar é que não se trata de apontar a doença ou a invalidez como situação indigna – que não o é, mas dizer que pode ser intolerável.

- **Princípio da vulnerabilidade** – a situação de doença grave implica uma vulnerabilidade acrescida, sentida pelo próprio e pela família, e que se repercute nas várias dimensões da pessoa. A fragilidade, enquanto vulnerabilidade, condiciona a dimensão psico-afectiva de modo significativo podendo condicionar as perspectivas atuais e/ou futuras de quem a vive. Vulnerabilidade e autonomia estão intrinsecamente ligadas e são indissociáveis em qualquer tomada de decisão. Queremos com isto reconhecer que não se poderão apartar uma da outra, que se inter-influenciam, e que a dinâmica desta relação sendo complexa não deixa de mostrar que algumas decisões tomadas são realizadas num estado de vulnerabilidade extremo que limita a liberdade e capacidade de discernimento. É necessária experiência, escuta, prudência na relação com as pessoas que se encontram nestas situações, assim como abertura e diálogo franco com profissionais experientes e treinados para que se tracem e percebam, através de critérios e procedimentos definidos, as decisões maduras.

É feita por vezes a crítica de que a decisão sobre a prossecução da eutanásia/suicídio assistido tem necessidade, por último, da aprovação de terceiros o que colide com a autonomia de cada um. Não o vemos nesta perspectiva, uma vez que o acto de prescrição, assistência e, especificamente na eutanásia, o acto executório da instilação farmacológica será realizada por um profissional de saúde e este não é um mero executor da vontade do paciente, mas um elo (de ligação) terapêutico, numa relação estabelecida.

Sobre “Lesão definitiva ou doença incurável e fatal”

No nosso entendimento, esta proposta carece de uma delimitação mais concreta das situações clínicas a serem incluídas. Várias são as situações de vida que podem produzir um sofrimento persistente. No entanto, cremos que todos conjuntamente entendemos que há necessidade de delimitar o âmbito da aplicação da eutanásia/suicídio assistido.

Sob a alçada de “doença incurável e fatal ou lesão definitiva, com sofrimento duradouro e insuportável” estão inúmeros quadros clínicos, que divergem enormemente entre si, alguns dos quais que não caberão na percepção do cidadão comum de situações passíveis desta eleição. Entram nesta categoria pessoas por exemplo, com insuficiência cardíaca, pessoas com lesões medulares, com amputações e inúmeras outras situações clínicas. Algumas destas situações, que subjectivamente podem ser consideradas intoleráveis e que são crónicas e sem retorno, são compatíveis com uma vida que a maior parte da sociedade aceita como tolerável e passível de uma boa vivência. Muitas serão dificultadas pela inexistência social de mecanismos de protecção ou adaptação concretos que tornariam a vivência diária facilitada e mais estimulante para estas pessoas. Pensamos concretamente em ajudas técnicas/produtos de apoio, adaptações exteriores, integrações laborais, capacidade de estruturação familiar, etc.

Queremos transferir para cada um individualmente a decisão da hora da sua morte, ou há uma palavra a ser dada enquanto sociedade sobre o que é ou não aceitável entre nós? E o que pode ser feito no sentido de melhorar a vida destes concidadãos?

Sobre “Sofrimento duradouro e insuportável”

A noção de sofrimento duradouro e insuportável será sempre pessoal e subjectiva, ainda que passível de partilha e exposição a outros, em algum grau. Temos a noção de que grande parte do sofrimento referido pelas pessoas em situações de doenças difíceis, se prendem com a dor física concreta, mas em maior escala com o sofrimento que advém de uma situação de dependência, solidão e perda de sentido futuro.

O projecto apresentado parece colocar a aceitação dos pedidos de eutanásia no mesmo plano das decisões de recusa de tratamentos, de abstenção ou suspensão de terapêuticas, mesmo quando destas decorra o encurtamento da vida da pessoa. As duas realidades têm, porém, valorações éticas muito distintas.

É necessário também trazer a palco a inexistência actual de escolhas viáveis nos cuidados de fim de vida. A carência de cuidados paliativos (CP), que podem proporcionar qualidade de vida nessas situações, é esmagadora no país e cremos que, em certa medida, influenciará decisões como as discutidas nesta proposta. Os CP desenvolvem a sua missão precisamente junto das pessoas doentes e suas famílias em situação de doença grave e incurável, privilegiando uma abordagem global, multidisciplinar e multiprofissional,

integrando as várias dimensões da vida, com o objetivo de proporcionar alívio e melhorar a qualidade de vida.

Não obstante a existência de CP de boa qualidade, a questão da eutanásia/suicídio assistido não deixa de se colocar, podendo haver pessoas doentes que ainda assim desejem a morte perante a sua situação de vida real, pelo que a discussão é importante e deve ser feita de uma forma alargada.

Reflexão global

O BE propõe que o pedido de Eutanásia/Suicídio Assistido deva ser feito a um médico escolhido pelo doente, e que não tem de ser o seu médico assistente ou um especialista na doença que o acomete. Na nossa opinião, o médico assistente habitual do doente deve ser auscultado dada a relação de longa data que tem com a pessoa, estando muitas vezes mais capaz de aferir da maturidade da decisão. Não obstante poder este clínico ser um objeto de consciência, poderá dizer da vontade expressa do doente, da sua vivência com a doença, do papel e relações familiares. Ser totalmente excluído à partida não nos parece necessário nem desejável.

Não há referência na proposta a um tempo mínimo de latência entre o diagnóstico da doença e a tomada de decisão. Não devia ser definido um tempo mínimo baseado na capacidade de integração, aceitação e luto da situação de vida, antes de se avançar para uma solução tão radical e irreversível como a morte a pedido?

Não seria necessária uma formação técnica dos profissionais de saúde envolvidos em todo este processo? Mesmo para os clínicos não objetores de consciência esta não será certamente uma situação e decisão fáceis de ouvir e praticar. Parece-nos fundamental igualmente que haja preparação técnica adequada na abordagem destes doentes e procedimentos estabelecidos para reconhecer situações de desejo maduro de E/AS ou situações de extrema vulnerabilidade pessoal.

Assim, face à realidade atual consideramos que:

- a) A discussão da eutanásia/suicídio assistido se engloba na discussão mais geral das questões de fim de vida e que estas têm tomado um lugar mais determinante na sociedade portuguesa.
- b) Se deve discutir de forma alargada todas as questões de fim de vida, uma vez que se interrelacionam.

- c) Implementar a eutanásia/suicídio assistido quando ainda estamos muito longe de um suporte de cuidados paliativos de qualidade é fazer pesar mais uma posição (E/SA) sobre outra (CP) e de alguma forma, eleger um caminho sobre o outro.
- d) O primeiro caminho a ser implementado terá de ser, na nossa perspectiva, o da inclusão e suporte.
- e) Os profissionais de saúde têm uma vocação de curar e acompanhar os seus doentes, num trajeto de doença natural, e as repercussões que a eutanásia/suicídio assistido terão na própria perspectiva dos cuidados de saúde deve ser cuidadosamente avaliada.
- f) A capacidade técnica e humana para implementação duma medida destas deve ser muito bem ajuizada e estudada antes da sua concretização dada a natureza delicada das questões para todos os envolvidos.

Conclusão

Os cuidados de fim de vida devem ser discutidos no seu todo de forma a providenciar aos cidadãos o melhor cuidado e resposta face às suas necessidades legítimas. A eutanásia/suicídio assistido deve ser balanceado neste âmbito, como resposta possível a um sofrimento terminal insuportável. Tendo em conta todo este desenvolvimento, o investimento em cuidados médicos, paliativos e de suporte social deve ser feito como resposta desejável a situações de doença grave, de sofrimento dada a larga evidência da sua eficácia na melhoria da qualidade de vida nos últimos tempos de vida.

Parece-nos que a malha de situações clínicas a ser incluída para o pedido de eutanásia/suicídio assistido, conforme proposto pelo BE, está muita larga e deve ser revista de modo a incluir apenas situações excecionais.

Não se objetivam de forma concreta os procedimentos e critérios para aferir que num momento de extrema vulnerabilidade a pessoa doente e em sofrimento está capaz de decidir bem, devendo serem especificados de modo mais claro.

Parece-nos igualmente que o SNS não possui neste momento capacidade operacional e técnica para a execução de uma forma adequada e competente do que é proposto neste projecto-lei.

Em conclusão e face ao exposto, cremos que não há condições para a aprovação deste projecto-lei.