

Projeto de Lei n.º 67/XIV/1ª

Regula o acesso à morte medicamente assistida

PAN

Cinco perguntas a propósito do Projeto de Lei do PAN

Abel Abejas, Cristina Pedrosa, José Soares

Doutorados em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa

O agendamento, para o próximo dia 20 de fevereiro, da discussão pela Assembleia da República (AR) dos projetos de lei relativos à prática da eutanásia não punível, propostos pelo PS, pelo BE e pelo PAN, veio reativar o debate sobre um tema que atravessa toda a sociedade portuguesa, o qual, para além das questões que relevam para as dimensões jurídica e política, levanta profundas e incontornáveis questões nos domínios da moral e da bioética. É sobre algumas destas últimas – as do domínio da bioética – e considerando o caso do Projeto de Lei n.º 67/XVI, proposto pelo Grupo Parlamentar do PAN, que nos debruçamos neste artigo.

Cabe, no entanto e desde já, o comentário genérico de que, em nossa opinião, o agendamento do debate parlamentar para data em que poderá não estar ainda sequer disponível o parecer que o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) deverá emitir sobre esta iniciativa legislativa, representa, não só, uma desconsideração daquele órgão de aconselhamento da AR, como permite a leitura de que, em função das circunstâncias e conforme o interesse do momento, o decisor político poderá considerar dispensável o aprofundamento da dimensão ética das matérias sobre as quais, com mandato do povo, lhe cumpre legislar. Trata-se de um sinal político particularmente grave e inaceitável, porque provindo de um órgão de soberania, que ficará como um claro exemplo da inconsistência, tantas outras vezes observada, entre a ação política, determinada pelos interesses e alianças de curto prazo, e o discurso, fervoroso e frequentemente hipócrita, de exigência de ética na *praxis* política.

Não pretendendo, neste artigo, fazer a análise detalhada da extensa fundamentação e de todo o articulado deste Projeto de Lei (PL), optamos por focar, na forma de “perguntas ao PAN”, cinco aspetos que entendemos relevantes e não suficientemente esclarecidos:

Como interpretar os conceitos de “lesão permanente” e de “sofrimento intenso”?

Relativamente aos requisitos de admissibilidade da morte medicamente assistida o PL estabelece (art.º 3.º) que esta “é admissível nos casos de doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou nos casos de situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva.” Colocam-se aqui algumas questões de índole bioética: seria admissível, como justificativo suficiente para um pedido de morte antecipada, a existência de uma qualquer lesão definitiva, nomeadamente paraplegia, amputação de um membro, enucleação de globo ocular, cegueira, surdez? Estes são exemplos de lesões graves definitivas, incuráveis, que podem promover dependência de terceiros e causar sofrimento muito importante, mas que não provocariam a morte do paciente e, portanto, a eutanásia não corresponderia a antecipação de morte inevitável, mas sim ao homicídio do paciente; podemos igualmente perguntar o que se entende por sofrimento intenso? Pode o sofrimento ser objetivamente medido? Se sim: por quem e como?

Que causa registar para o óbito, nos casos de doença não mortal?

No que diz respeito à verificação do óbito (art.º 18º), lê-se “A causa da morte aposta na certidão de óbito deverá ser a patologia da qual o doente padecia e que suscitou o processo previsto na presente lei”. Ora, como vimos previamente, existem lesões definitivas, incuráveis, que provocam sofrimento intenso e dependência de terceiros, mas que não levam à morte do doente. Neste caso deveria o médico mentir, registando na certidão de óbito, como causa de morte, por exemplo, paraplegia ou “causa desconhecida”?

Como formar os profissionais de saúde no novo contexto que agora se pretende legalizar?

Independentemente da fundamentação que se utilize, a legalização da prática da eutanásia e do suicídio assistido implica uma reforma profunda dos planos de estudos das universidades, nas diferentes áreas, clínicas e não clínicas, a qual não poderá deixar de considerar, também, aspetos socioeconómicos e culturais. Como educar os nossos alunos de medicina? Deverão estar preparados para provocar a morte intencional de um paciente, a pedido? Que impacto terá na sua estrutura mais profunda, como pessoa? Como prevenir que este ensino venha a introduzir um viés ideológico na cultura médica? Serão todos os profissionais suficientemente maduros e com experiência de vida bastante para poderem

produzir juízos morais críticos e solidamente fundamentados? A reforma do sistema de ensino é um dos pilares fundamentais para podermos exercer a liberdade numa sociedade que se pretende aberta e onde deveriam ter primazia os Direitos Humanos.

Que latitude para a objeção de consciência dos profissionais envolvidos na antecipação voluntária da morte?

A previsão da possibilidade de objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde consta do artigo 33.º do PL em questão, sendo relativa a “*quaisquer atos respeitantes à morte medicamente assistida*” (33.º, 1) e “*...devendo ser comunicada ao paciente no prazo máximo de 24 h após a formulação do pedido ou pedido de parecer.*”(33.º, 4). Esta redação, ao referir-se a “quaisquer atos”, cria, em nosso entender, uma ambiguidade de interpretação e até um possível conflito deontológico. Com efeito, ao médico, apenas é “*vedado a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia*” (Código Deontológico da Ordem dos Médicos, art.º 57.º, 2), isto é, a participação no ato de antecipação da morte. Até esse momento, contudo, todos os atos praticados por médicos, como previsto no procedimento proposto neste PL, cabem na definição de ato médico estabelecida no referido Código e, diríamos, no dever de prestação de assistência que cabe ao médico, quando solicitado. Nesta perspetiva, não deverá o médico assistente, livremente escolhido pelo doente e que com ele já tem relação estabelecida, segui-lo, explicar-lhe todas as alternativas terapêuticas e referenciá-lo ao médico especialista e ao psiquiatra? Não será mais consentâneo com os princípios da solicitude e de beneficência limitar a possibilidade de objeção de consciência do médico ao ato de antecipação da morte, propriamente dito?

Como conciliar responsabilmente despenalização da eutanásia e oferta de cuidados paliativos?

O acesso, também na perspetiva económica, a cuidados paliativos de qualidade, por todos os cidadãos que deles necessitem, deverá ser assumido como um objetivo maior e prioritário das políticas sociais e da saúde em Portugal. Sendo certo que as realidades que se pretendem abarcar com a presente iniciativa legislativa, pela sua natureza, não podem ser respondidas, unicamente, por recurso a cuidados paliativos, não seria eticamente mais prudente, o estabelecimento de metas e compromissos claros para aquele objetivo, num percurso paralelo com o da pretendida despenalização da eutanásia voluntária?

Pensamos que a resposta honesta e franca a estas perguntas permitiria, não só, clarificar alguns dos aspetos que neste PL parecem menos cuidados, como introduzir uma dimensão ética estruturante, de longo prazo, contribuindo para mitigar os riscos de parcialidade por parte dos profissionais envolvidos e de efeito de “rampa deslizante”, tão frequentemente referidos a este propósito.

fevereiro de 2020