

Audiência da Associação VIVAHÁVIDA no âmbito da apreciação na especialidade dos Projetos de Lei n.os 5/XV(BE), 74/XV (PS), 83/XV (PAN) e 111/XV (IL)

A Associação VIVAHÁVIDA tem como finalidade promover o respeito pela vida humana, desde o momento da concepção até à morte natural, a promoção da dignidade da pessoa, o apoio à família e à maternidade, designadamente o apoio a mães grávidas em dificuldade, e o desenvolvimento de acções de natureza educativa com vista à implementação de uma verdadeira cultura da vida e à promoção da família. Sediada no concelho da Moita, a sua actividade é desenvolvida em toda a Península de Setúbal.

Tendo por base estes princípios assentes na inviolabilidade da Vida Humana, os seus órgãos sociais requereram audição pelo Grupo de Trabalho “Morte Medicamente Assistida não Punível”, que integra a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República. Esta teve lugar a 22.09.22, com os pontos de reflexão, em seguida, enunciados, que nos colocam contra a aprovação de uma Lei com estes fundamentos.

Pontos de Reflexão:

1. Todos os Projectos de Lei em discussão consideram que a “morte medicamente assistida não punível” possa ser solicitada por doente em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, uma vez que tais circunstâncias podem levar ao “risco” de perda de dignidade.
2. A apreciação de “**sofrimento de grande intensidade**” é atribuída em exclusivo ao doente. Pelo seu carácter subjectivo e influência de vários factores (condição de saúde mental, vivências pregressas, satisfação com condições de vida e de suporte clínico, familiares e sociais disponíveis), sabemos que esta perceção é oscilante e não resolvida com a finitude da vida. **A avaliação e acompanhamento psicológico** (particularmente por psicólogo, e se se justificar, por psiquiatra) é, do nosso ponto de vista, crucial e insubstituível, uma vez que torna mais “palpável e mensurável” este sofrimento, indo ao encontro da sua verdadeira origem. Por outro lado, defendemos, por experiência prévia, que este acompanhamento promove alternativas à “morte a pedido”, que o doente desconhece e como tal impedem uma vontade “séria, livre e esclarecida”.
3. A **garantia de acesso a Cuidados Paliativos**, mediante vontade do doente é transversal aos vários projectos apresentados, embora nenhum concretize de que forma é facultada ou agilizada. Tal acontece porque, *à luz* da realidade atual, a oferta pública (e até mesmo privada) nesta área é Insuficiente, quer em número de recursos humanos quer em termos de distribuição territorial, sem previsão real de uma melhoria à mesma velocidade que a implementação da despenalização de “morte assistida” pretende ter lugar. A Experiência na área dos Cuidados Paliativos demonstra não só uma redução das intenções de término de vida (por decréscimo de grau de sofrimento) manifestadas pelos doentes acompanhados, como uma redução do número de lutos patológicos e maior satisfação dos cuidados prestados ao encontro do respeito pela dignidade do doente até à sua morte natural acompanhada, e não provocada. Independentemente das nossas convicções, não é

para nós admissível que perante uma decisão sem retorno (morte), se enuncie uma possibilidade de acesso a Cuidados Paliativos que não ocorre na prática. É, como o nosso povo diz, a construção de “uma casa pelo telhado” e o caminho para um desinvestimento na Medicina Paliativa, que, uma vez mais, não permitem uma escolha “séria, livre e esclarecida”.

4. A **seleção de “médico orientador”** coloca-nos várias preocupações, das quais as mais relevantes se prendem com a aleatoriedade da escolha deste profissional, e sobretudo pelo facto do quadro legal, ético e deontológico que rege a actividade médica impedir a facilitação da morte, uma vez que tal princípio vai contra o fundamento basilar da Medicina e do acto médico - promoção da vida. Apesar de formação base similar durante o Mestrado Integrado em Medicina, nem todos os médicos vivenciam e gerem situações de doença grave, incurável e em fase terminal, decorrente da sua área de especialização. Num assunto tão delicado e impactante, nenhum projecto assegura que formação/especificações deverá ter este profissional que presta informações de diagnóstico, terapêutica e prognóstico. Em última instância médicos de áreas puramente técnicas e sem contato direto com o doente – Patologistas Clínicos, Anatomopatologistas, Radiologistas, etc – podem assumir esse papel. Mais uma vez como se pode assegurar uma decisão “séria, livre e esclarecida”, se não é garantida a competência técnica de quem tem como função esclarecer?
5. Por fim, e para nós não menos relevante, a **ausência de acompanhamento dos familiares** indicados pelo doente durante o todo o processo de “morte a pedido” e **fase de luto**. A experiência dos Cuidados Paliativos – cuja área de maior intervenção é a própria família, com claros benefícios no bem-estar do doente – demonstra que um processo de doença grave e conferente de sofrimento obriga a uma preparação para a “perda”, como medida de prevenção de luto patológico. Os familiares de quem solicita “morte assistida” são os doentes “de hoje” e de “amanhã” que o Estado deve proteger e não ser veículo do seu sofrimento.

A experiência da Associação VIVAHÁVIDA, desde da sua origem, é espelho de que, com o apoio adequado, continuado e real, o sofrimento, mesmo nas situações mais complexas, é superado. É nosso dever e do Estado Português que presa a dignidade e solidariedade humanas, não “assistir” ao sofrimento, mas sim acompanhá-lo de forma contínua, com soluções eficazes. A facilitação da morte não é, nem nunca será, uma solução.

Lisboa, 22 de Setembro de 2022

Pela Associação VIVAHÁVIDA,

