



**ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS,
DIREITOS, LIBERDADES E GARANTIAS**

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR
PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA DA
REPUBLICA**

Ofício n.º 516/XIII/1ª – CACDLG/2018

Data: 23-05-2018

NU: 602210

ASSUNTO: Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª (BE).

Para os devidos efeitos, junto se envia o parecer relativo ao **Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª (BE)** - 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 que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível, tendo as respetivas partes I e III sido aprovadas por unanimidade, verificando-se a ausência do PEV, na reunião de 23 de maio de 2018 da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

Com os melhores cumprimentos,

O PRESIDENTE DA COMISSÃO

(Bacelar de Vasconcelos)



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

PARECER

PROJETO DE LEI N.º 773/XIII/3.ª (BE)

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 que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível

PARTE I – A)

CONSIDERANDOS E ANÁLISE SUCINTA

O Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª do BE, que *«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 que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível»*, foi admitido em 08 de fevereiro de 2018, tendo sido remetido no mesmo dia à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias para emissão de parecer.

Consideram-se cumpridos os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 119.º, no n.º 1 do artigo 123.º, bem como no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento da Assembleia da República (RAR), encontrando-se a iniciativa agendada para debate na generalidade, em plenário, no próximo dia 29 de maio.

Na respetiva exposição de motivos, os autores da iniciativa, reconhecendo que *«a morte é uma dimensão essencial da vida»*, consideram que *«encerrar a vida na perspetiva dos direitos que a configurem como experiência de liberdade implica que o direito inalienável de cada um/a fazer as escolhas fundamentais sobre a sua vida não seja suprimido nesse momento essencial que é aquele em que a vida se abeira do fim»*.

Neste sentido, conclui-se que *«este primado dos direitos e da livre decisão pessoal assume particular relevo nas situações em que, face a uma condição de doença incurável e fatal que provoca um sofrimento insuportável, o*



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

pedido da pessoa nessa condição para que a sua morte seja antecipada com o auxílio de um profissional de saúde esbarra na penalização com pena de prisão até três anos hoje estabelecida no Código Penal para a anuência e atuação em conformidade desses profissionais de saúde».

Lembram ainda os autores do projeto de lei, que *«a ordem jurídica portuguesa tem vindo a acolher a autodeterminação das pessoas doentes como exigência de respeito pela sua dignidade»,* e que *«foi assim com a receção legal do princípio do consentimento informado, foi assim com a proibição do encarniçamento terapêutico, foi assim com a regulação das diretivas antecipadas de vontade (vulgo, testamento vital)».*

Porém, no seu entendimento, *«esse acolhimento da autodeterminação pessoal carece de ser completado com a regulação das condições em que a satisfação do pedido de antecipação da morte não é punível».*

Invoca-se também na exposição de motivos, *«o debate intenso e profundo que tem ocorrido na sociedade portuguesa a este respeito – desencadeado pelo Manifesto “Direito a Morrer com Dignidade”, do Movimento Cívico para a Despenalização da Morte Assistida e com expressões de relevo também na Assembleia da República – tornou claro que não é aceitável, à luz de um princípio geral de tolerância e da articulação constitucional entre direito à vida, direito à autodeterminação pessoal e direito ao livre desenvolvimento da personalidade, negar o direito de, dentro de um quadro legal rigorosamente delimitado, se ver atendido o pedido para antecipação da morte sem que tal gere a penalização de quem, fiel à função de acompanhamento até ao fim, ajude com compaixão e respeito à satisfação de um tal pedido».*

Para os autores do projeto de lei *«impõe-se»* legislar com coragem e equilíbrio, *«acolhendo a exigência tolerante do direito de todos/as à livre decisão sobre todos os momentos da vida incluindo a morte»* e, por outro lado, *«definindo com rigor as condições e requisitos a preencher pelo doente que peça a antecipação da morte».*

Descrevendo o que consideram ser os três elementos dessa definição e regulação, os autores dividem a proposta nos seguintes termos: (i) *delimitação do universo de requerentes legítimos através da cumulação de um diagnóstico (doença incurável e fatal ou lesão definitiva), um prognóstico (a doença em causa tem que ser incurável e fatal), um estado clínico (sofrimento duradouro e insuportável) e um estado de consciência (capacidade de entender o sentido e o alcance do pedido);* (ii) *estabelecimento do respeito pela vontade livre e esclarecida do doente como requisito absolutamente imprescindível, com a consequente exclusão de menores e doentes mentais do universo de requerentes legítimos da antecipação da morte,* e (iii) *consagração da garantia de um rigoroso cumprimento da lei, através de um mecanismo de validação prévia do procedimento seguido, mecanismo que não existe nas leis dos outros países que legalizaram a morte assistida.*



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

Do ponto de vista sistemático, o projeto de lei divide-se em 5 capítulos que tratam, respetivamente, do pedido de antecipação da morte (artigo 2.º), do procedimento clínico de antecipação da morte (artigo 3.º a 14.º), dos direitos e deveres dos profissionais de saúde (artigos 15.º a 18.º), da comissão de avaliação (artigos 19.º a 21.º) e das disposições finais (artigos 22.º a 25.º).

Relativamente ao pedido de antecipação por morte, o mesmo *«deverá corresponder a uma vontade livre, séria e esclarecida de pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e em sofrimento duradouro e insuportável»* (artigo 2.º n.º 1) e apenas poderá dar origem a um procedimento clínico de antecipação da morte *«se feito por pessoa maior, capaz de entender o sentido e o alcance do pedido e consciente no momento da sua formulação»* (artigo 2.º n.º 2).

Ao pedido do doente, que apenas será considerado legítimo se *«apresentado por cidadão nacional ou legalmente residente no território de Portugal»* (artigo 3.º n.º 4), segue-se um procedimento clínico de antecipação da morte que formalmente se inicia com um documento escrito, datado e assinado pelo doente, integrado em Boletim de Registo criado para o efeito (artigo 3.º n.º 1) onde se irá registar todos os pareceres e decisões do doente (artigo 13.º).

Mediante o pedido do doente, o ora designado *«médico responsável»*, verifica se o doente cumpre todos os requisitos e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e o respetivo prognóstico, após o que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade (artigo 4.º).

Confirmada novamente a vontade do doente, o médico responsável procede à consulta de um médico especialista na patologia que afeta o doente, cujo parecer confirma ou não que estão reunidas as condições referidas, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza incurável e fatal da doença ou a condição definitiva da lesão (artigo 5.º n.º 1).

Sempre que o médico responsável e/ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte ou admitam ser a pessoa portadora de perturbação psíquica que afete a sua capacidade de tomar decisões, é obrigatório o parecer de um terceiro médico especialista em psiquiatria (artigo 6.º).

O procedimento é *«cancelado»* em caso de parecer desfavorável dos médicos referidos.

Finalmente, antes da antecipação da morte, é ainda necessário um parecer favorável da Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da Morte, composta por nove personalidades



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento mais diretamente relacionadas com a aplicação do diploma, sendo três juristas, três profissionais de saúde e três especialistas em ética ou bioética, sejam ou não profissionais de saúde ou juristas (artigo 7.º e 19.º), e dispõe de secção permanente constituída por 3 dos seus membros, que deverá ser dado no prazo de 24 horas após a receção do boletim de registos. Este parecer avalia a conformidade do procedimento com as condições estabelecidas na lei.

Reunidos os pareceres favoráveis, e reiterada a vontade do doente, o médico responsável combina com o doente o dia, a hora, o local e o método a utilizar para a antecipação do fim de vida (artigo 8.º n.º 1), e informa e esclarece o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica (artigo 8.º n.º 2).

De assinalar que, no caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão, ou se estiver disposto diversamente em Declaração Antecipada de Vontade constante do respetivo Testamento Vital (artigo 8.º n.º 5), sendo a única circunstância em que se admite a realização da antecipação da morte sem correspondência a uma vontade atual do doente.

O projeto de lei prevê que o ato possa ser praticado nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado, sem excluir a possibilidade de, por vontade do doente, ser praticado no seu domicílio ou noutro local por ele indicado, desde que o médico responsável considere que dispõe de condições adequadas para o efeito (artigo 10.º). A presenciar o ato poderão estar, além do médico responsável e de outros profissionais de saúde que praticam ou ajudam ao ato de antecipação da morte, as pessoas indicadas pelo doente (artigo 11.º).

No que concerne aos profissionais de saúde que intervêm no procedimento, o projeto de lei prevê que estes fiquem vinculados aos seguintes deveres (artigo 16.º):



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

- (i) informar o doente de forma objetiva, compreensível, rigorosa, completa e verdadeira sobre o diagnóstico, tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, resultados previsíveis, prognóstico e esperança de vida da sua condição clínica;*
- (ii) informar o doente sobre o seu direito de revogar a qualquer momento a sua decisão de antecipar a morte;*
- (iii) informar o doente sobre os métodos de administração ou autoadministração das substâncias letais para que possa escolher e decidir de forma esclarecida e consciente;*
- (iv) assegurar que a decisão do doente é livre e não resulta de qualquer interferência ou coação externa e ilegítima;*
- (v) auscultar com periodicidade e frequência a vontade do doente;*
- (vi) dialogar com os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente e, se autorizado pelo mesmo, com seus familiares e amigos;*
- (vii) falar com o procurador de cuidados de saúde, no caso de ter sido nomeado e se para tal for autorizado pelo doente; e*
- (viii) assegurar as condições para que o doente possa contactar as pessoas com quem o pretenda fazer.*

Não obstante, garante-se que nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte de um doente se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer, sendo assegurado o direito à objeção técnica e à objeção de consciência a todos que o invoquem (artigo 18.º).

No caso dos médicos que participem no processo clínico de antecipação da morte prevê-se também que estes não poderão ser sujeitos a responsabilidade disciplinar por violação do n.º 2 do artigo 65.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, conquanto cumpram todas as condições e deveres estabelecidos na presente lei (artigo 23.º).

O projeto de lei inclui ainda, necessariamente, uma alteração ao Código Penal aos artigos 134.º e 135.º que se referem, respetivamente, ao crime de homicídio a pedido da vítima e ao crime de incitamento ou ajuda ao suicídio, com um aditamento de um novo n.º 3 em ambas disposições mencionando que «*A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas pela Lei n.º ...*» (artigo 22.º).

Pelo projeto de lei, é atribuído ao Governo um prazo de 180 dias após a publicação do diploma para proceder à regulamentação, ficando a lei com um prazo de 30 dias para a respetiva entrada em vigor (artigos 24.º e 25.º).

PARTE I – B)



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

ENQUADRAMENTO CONSTITUCIONAL E LEGAL

Do ponto de vista Constitucional, são (fundamentalmente) convocados para esta matéria o princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1º), o direito à vida (artigo 24º) e o direito ao desenvolvimento da personalidade (artigo 26º).

O Código Penal, na atual redação, prevê a punição da prática dos crimes de «*homicídio a pedido da vítima*» e de «*incitamento ou ajuda ao suicídio*», no âmbito dos quais se pode enquadrar a antecipação da morte com intervenção de terceiros, nos seguintes termos:

«Artigo 134.º

Homicídio a pedido da vítima

1 - *Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expreso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos.*

2 - *A tentativa é punível.*

Artigo 135.º

Incitamento ou ajuda ao suicídio

1 - *Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 3 anos, se o suicídio vier efetivamente a ser tentado ou a consumar-se.*

2 - *Se a pessoa incitada ou a quem se presta ajuda for menor de 16 anos ou tiver, por qualquer motivo, a sua capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.»*

Regulamentando, com objetivos distintos, outra temática relacionada com o período final da vida, com incidência nos tratamentos médicos, encontra-se previsto e instituído no nosso ordenamento jurídico o ora designado “testamento vital” através da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, e da Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio, que admite o estabelecimento de diretivas antecipadas da vontade permitindo ao doente decidir:

(i) *Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;*



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

- (ii) *Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;*
- (iii) *Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;*
- (iv) *Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;*
- (v) *Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.*

Por sua vez, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que veio consolidar a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, prevê expressamente, no seu artigo 3.º que «o consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei» e que «o utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento».

PARTE I – C)

CONSULTAS E CONTRIBUTOS

Sobre o projeto de lei em apreço foram recebidos pareceres da Ordem dos Enfermeiros em 05 de março de 2018, do Conselho Superior da Magistratura em 15 de março 2018 e da Ordem dos Advogados em 06 de abril de 2018. Apesar de solicitados a 15 de fevereiro de 2018, a Ordem dos Psicólogos e o Conselho Superior do Ministério Público não remeteram até à presente data os respetivos pareceres.

Conforme refere a nota técnica, «a matéria objeto da presente iniciativa tem sido objeto de prolongado debate na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, a propósito das Petições n.ºs 103/XIII/1.ª e 250/XIII/2.ª, que motivaram a criação de grupos de trabalho próprios (1 e 2), os quais recolheram



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

contributos escritos e promoveram as seguintes audições, elementos instrutórios detalhados no relatório final da petição n.º 103/XIII (cuja apreciação pela Assembleia da República se encontra já concluída):

Petição n.º 103/XIII/1.ª

Professor Doutor Manuel Costa Andrade - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
Professor Doutor José Francisco de Faria Costa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
Professora Doutora Mafalda Miranda Barbosa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
Juiz Conselheiro Dr. José Adriano Machado Souto de Moura	2016-07-06
Professora Doutora Teresa Beleza - Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa	2016-07-06
Bastonária da Ordem dos Enfermeiros	2016-06-30
Bastonário da Ordem dos Médicos	2016-06-30
Professora Luísa Neto - Faculdade de Direito da Universidade do Porto	2016-06-29
Professor Jorge Reis Novais - Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa	2016-06-29
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida - CNECV	2016-06-23
Comissão Representativa do Movimento Cívico "Direito a morrer com dignidade"	2016-06-22

Petição n.º 250/XIII/2.ª



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

Dr. José Manuel de Paiva Jara (psiquiatra); Dr. João Oliveira (Médico); Dr. Ramon de La Féria (Médico-Cirurgião)	2018-02-09
Prof.º Dr. Tiago Duarte, Jurista (Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa); Prof.ª Dr.ª Cristina Líbano Monteiro, Jurista (Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra); Dr. Guilherme da Fonseca, Juiz Conselheiro Jubilado; Prof.ª Dr.ª Inês Ferreira Leite, Penalista (Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa); Prof.ª Dr.ª Inês Fernandes Godinho, Penalista, Professora Universitária	2018-02-08
Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; Associação Portuguesa de Bioética (APB); Comissão Nacional de Justiça e Paz; Movimento Cívico para a Despenalização da Morte Assistida	2018-02-01
Audição da Diretora-Geral da Saúde	2017-12-06
Dr. António Cluny	2017-06-06
Ordem dos Advogados	2017-05-23
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida	2017-04-26
Federação Portuguesa pela Vida	2017-04-19

PARTE I – D)

OUTRAS INICIATIVAS PENDENTES

Para além da Petição n.º 250/XIII/2.ª - “Toda a vida tem dignidade”, em relação à qual não foi ainda aprovado o relatório final de apreciação, encontram-se pendentes iniciativas legislativas de outros grupos parlamentares sobre a mesma matéria, nomeadamente, o *Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN) - Regula o acesso à morte medicamente assistida*, o *Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS) - Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível*, e o *Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª (PEV) - Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível*.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

PARTE II

OPINIÃO DA AUTORA DO PARECER

A autora opta por não emitir, nesta sede, opinião pessoal sobre o Projeto de Lei em análise, remetendo-a para momento posterior.

PARTE III

CONCLUSÕES

1. Um grupo parlamentar do BE apresentou à Assembleia da República o Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª do BE, que *«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 que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível»*.
2. Em síntese, os autores do projeto de lei, mediante o regime jurídico que propõem para a realização da antecipação da morte por decisão da própria pessoa e não punível, pretendem (i) *a delimitação do universo de requerentes legítimos através da cumulação de um diagnóstico (doença incurável e fatal ou lesão definitiva), um prognóstico (a doença em causa tem que ser incurável e fatal), um estado clínico (sofrimento duradouro e insuportável) e um estado de consciência (capacidade de entender o sentido e o alcance do pedido); (ii) o estabelecimento do respeito pela vontade livre e esclarecida do doente como requisito absolutamente imprescindível, com a consequente exclusão de menores e doentes mentais do universo de requerentes legítimos da antecipação da morte, e (iii) a consagração da garantia de um rigoroso cumprimento da lei, através de um mecanismo de validação prévia do procedimento seguido, mecanismo que não existe nas leis dos outros países que legalizaram a morte assistida.*
3. Foram recebidos pareceres da Ordem dos Enfermeiros, em 05 de março de 2018, do Conselho Superior da Magistratura, em 15 de março 2018, e da Ordem dos Advogados, em 06 de abril de 2018, e o tema em causa tem a vindo a ser objeto de debate na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, nomeadamente, a propósito das Petições n.ºs 103/XIII/1.ª e 250/XIII/2.ª.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

4. Sobre a mesma matéria, encontram-se pendentes iniciativas legislativas de outros grupos parlamentares, nomeadamente, o *Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN) - Regula o acesso à morte medicamente assistida*, o *Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS) - Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível*, e o *Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª (PEV) - Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível*.
5. Consideram-se cumpridos todos os requisitos formais, constitucionais e regimentais.
6. A Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias é de parecer que o Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª do BE reúne as condições para ser apreciado e votado em plenário.

PARTE IV

ANEXO

Nota Técnica.

Palácio de São Bento, 22 de maio de 2018

A Deputada Relatora

(Isabel Moreira)

O Presidente da Comissão

(Pedro Bacelar de Vasconcelos)

Projeto de Lei n.º 773/XIII (3.ª) - 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 que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível

Data de admissão: 8 de fevereiro de 2018

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.ª)

Índice

- I. Análise sucinta dos factos, situações e realidades respeitantes à iniciativa
- II. Apreciação da conformidade dos requisitos formais, constitucionais e regimentais e do cumprimento da lei formulário
- III. Enquadramento legal e doutrinário e antecedentes
- IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria
- V. Consultas e contributos
- VI. Apreciação das consequências da aprovação e dos previsíveis encargos com a sua aplicação

Elaborada por: Paula Faria (BIB), Ana Vargas (DAPLEN), José Manuel Pinto (DILP) e Nélia Monte Cid (DAC).

Data: 23 de fevereiro de 2018

I. Análise sucinta dos factos, situações e realidades respeitantes à iniciativa

O presente Projeto de Lei, da iniciativa de um conjunto de Deputados do Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda, visa aprovar e regular as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível.

Invocam os proponentes que “a ordem jurídica portuguesa tem vindo a acolher a autodeterminação das pessoas doentes como exigência de respeito pela sua dignidade” e que “esse acolhimento da autodeterminação pessoal carece de ser completado com a regulação das condições em que a satisfação do pedido de antecipação da morte não é punível”. Recordam “o debate intenso e profundo que tem ocorrido na sociedade portuguesa (...) desencadeado pelo Manifesto “Direito a Morrer com Dignidade” (...) com expressões de relevo também na Assembleia da República (...)”, para concluírem que “não é aceitável, à luz de um princípio geral de tolerância e da articulação constitucional entre direito à vida, direito à autodeterminação pessoal e direito ao livre desenvolvimento da personalidade, negar o direito de, dentro de um quadro legal rigorosamente delimitado, se ver atendido o pedido para antecipação da morte”.

De acordo com a exposição de motivos da iniciativa a definição e regulação das condições em que a antecipação da morte por decisão da própria pessoa não é punível assenta essencialmente na “delimitação do universo de requerentes legítimos”; no “estabelecimento do respeito pela vontade livre e esclarecida do doente (...) com a consequente exclusão de menores e doentes mentais”; e na “consagração (...) de um mecanismo de validação prévia do procedimento seguido”, que, sublinham os proponentes, não vigora nos “outros países que legalizaram a morte assistida”.

A par da alteração dos artigos 134.º (Homicídio a pedido da vítima) e 135.º (Incitamento ou ajuda ao suicídio) do Código Penal, no sentido de prever como causa de exclusão da ilicitude “o cumprimento das condições estabelecidas na Lei a aprovar”¹, tornando portanto não puníveis as condutas de homicídio a pedido ou de ajuda ao suicídio praticadas por profissionais de saúde, a iniciativa dispõe em cinco capítulos sobre o processo de antecipação da morte:

¹ Poderá ser ponderada a redação proposta para os artigos 134.º e 135.º do Código Penal, na medida em que estabelece como causa de exclusão da ilicitude o “cumprimento das condições estabelecidas pela Lei n.º...”, que é a própria Lei a aprovar. Porventura a aprovação dos capítulos I a IV como regime anexo à Lei a aprovar – “regula o processo de antecipação da morte a pedido” – tornando a Lei a aprovar numa Lei preambular contendo o artigo 1.º e as disposições finais, aí se incluindo as alterações propostas ao Código Penal, poderá prevenir a eventual dificuldade de aplicação daquela redação.

- sobre o pedido de antecipação da morte – estabelecendo os requisitos da sua admissibilidade: correspondência com “*vontade livre, séria e esclarecida*”; estabelecendo as condições para a legitimidade do requerente: “*pessoa maior*”, “*cidadãos nacionais ou legalmente residentes no território nacional*”, “*com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e em sofrimento duradouro e insuportável*”, “*capaz de entender o sentido e o alcance do pedido e consciente no momento da sua formulação*”;
- sobre o procedimento clínico de antecipação da morte – requisitos do pedido (forma escrita; assinatura ou substituição em caso de impossibilidade de escrita e assinatura; destinatário (médico responsável); parecer do médico responsável (cumprimento dos requisitos, informação e esclarecimento sobre situação clínica e tratamentos, designadamente cuidados paliativos) no qual é aposta a confirmação da vontade do doente; parecer subsequente confirmativo de médico especialista, no qual é aposta nova confirmação de vontade do doente ou encerramento do procedimento em caso de parecer desfavorável; parecer de médico especialista em Psiquiatria em caso de necessidade de esclarecimento de dúvidas sobre a capacidade da pessoa ou em caso de perturbação psíquica e cancelamento do processo se confirmação; parecer final de uma Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da Morte após nova verificação da manutenção da vontade do requerente e seu esclarecimento sobre os meios a utilizar, verificação que é renovada imediatamente antes da administração dos fármacos; possibilidade de revogação da decisão; definição dos estabelecimentos de saúde em que o ato de antecipação da morte pode ser praticado; presenças autorizadas; boletim de registos e seu conteúdo; relatório final a apresentar à referida Comissão de Avaliação;
- Sobre os direitos e deveres dos profissionais de saúde - definição dos profissionais qualificados; deveres de informação do doente sobre o diagnóstico, tratamentos disponíveis, prognóstico, direito de revogação da decisão, métodos de administração das substâncias letais; dever de garantia de decisão livre e periodicamente auscultada; dever de diálogo com os profissionais de saúde presadores de cuidados e de garantia de contacto do doente com pessoas que pretenda contactar; dever de sigilo profissional e de observância da confidencialidade da informação; exercício de objeção de consciência;
- Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da Morte – composição, designação pela Assembleia da República (que elege 6 membros, para além de designar um dos 3 juristas)² e Conselhos Superiores da Magistratura e do Ministério Público, mandato, funcionamento junto da Assembleia da República; remuneração; procedimento de avaliação e obrigação de apresentação à Assembleia da

² Designação e eleição essas que, pela sua natureza, parecem dever observar o disposto nos artigos 255.º a 260.º do Regimento da Assembleia da República, designadamente o disposto no artigo 257.º quanto à audição prévia dos candidatos

República de relatório estatístico de avaliação da Lei, com periodicidade semestral (cláusula de avaliação legislativa);

- Isenção de responsabilidade disciplinar dos médicos que participem no processo clínico de antecipação da morte;
- Determinação de regulamentação da Lei a aprovar até 180 dias após a publicação da Lei;
- Início de vigência diferido para 30 dias após a publicação.

A presente iniciativa legislativa, composta por cinco capítulos e vinte e cinco artigos, contém uma primeira parte (Capítulos I a IV) relativa ao processo de antecipação da morte a pedido, para além de um artigo 1.º definidor do respetivo objeto e um último capítulo de disposições finais, preconizando a alteração do Código Penal e dispondo, designadamente, sobre a regulamentação e início de vigência da Lei a aprovar.

Será útil recordar que a matéria objeto da presente iniciativa tem sido objeto de prolongado debate na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, a propósito das Petições n.ºs [103/XIII/1.ª](#) e [250/XIII/2.ª](#), que motivaram a criação de grupos de trabalho próprios ([1](#) e [2](#)), os quais recolheram contributos escritos e promoveram as seguintes audições, elementos instrutórios detalhados no [relatório final](#) da petição n.º 103/XIII (cuja apreciação pela Assembleia da República se encontra já concluída):

Petição n.º 103/XIII/1.ª

11-GT-DMA-XIII	XIII	Professor Doutor Manuel Costa Andrade - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
10-GT-DMA-XIII	XIII	Professor Doutor José Francisco de Faria Costa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
9-GT-DMA-XIII	XIII	Professora Doutora Mafalda Miranda Barbosa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
8-GT-DMA-XIII	XIII	Juiz Conselheiro Dr. José Adriano Machado Souto de Moura	2016-07-06
7-GT-DMA-XIII	XIII	Professora Doutora Teresa Beleza - Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa	2016-07-06
6-GT-DMA-XIII	XIII	Bastonária da Ordem dos Enfermeiros	2016-06-30
5-GT-DMA-XIII	XIII	Bastonário da Ordem dos Médicos	2016-06-30

4-GT-DMA-XIII	XIII	Professora Luísa Neto - Faculdade de Direito da Universidade do Porto	2016-06-29
3-GT-DMA-XIII	XIII	Professor Jorge Reis Novais - Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa	2016-06-29
2-GT-DMA-XIII	XIII	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida - CNECV	2016-06-23
1-GT-DMA-XIII	XIII	Comissão Representativa do Movimento Cívico "Direito a morrer com dignidade"	2016-06-22

Petição n.º 250/XIII/2.ª

8-GT-TVTD-XIII	XIII	Dr. José Manuel de Paiva Jara (psiquiatra);Dr. João Oliveira (Médico);Dr. Ramon de La Féria (Médico-Cirurgião)	2018-02-09
7-GT-TVTD-XIII	XIII	Prof.º Dr. Tiago Duarte, Jurista (Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa);Prof.ª Dr.ª Cristina Líbano Monteiro, Jurista (Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra);Dr. Guilherme da Fonseca, Juiz Conselheiro Jubilado;Prof.ª Dr.ª Inês Ferreira Leite, Penalista (Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa);Prof.ª Dr.ª Inês Fernandes Godinho, Penalista, Professora Universitária	2018-02-08
6-GT-TVTD-XIII	XIII	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos;Associação Portuguesa de Bioética (APB);Comissão Nacional de Justiça e Paz;Movimento Cívico para a Despenalização da Morte Assistida	2018-02-01
5-GT-TVTD-XIII	XIII	Audição da Diretora-Geral da Saúde	2017-12-06
4-GT-TVTD-XIII	XIII	Dr. António Cluny	2017-06-06
3-GT-TVTD-XIII	XIII	Ordem dos Advogados	2017-05-23
2-GT-TVTD-XIII	XIII	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida	2017-04-26
1-GT-TVTD-XIII	XIII	Federação Portuguesa pela Vida	2017-04-19

II. **Apreciação da conformidade dos requisitos formais, constitucionais e regimentais e do cumprimento da lei formulário**

- **Conformidade com os requisitos formais, constitucionais e regimentais**

O Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.^a é subscrito pelos dezanove Deputados do Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda, ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 167.º da [Constituição](#) e no artigo 118.º do [Regimento da Assembleia da República](#) (RAR), que consagram o poder de iniciativa da lei. Trata-se de um poder dos Deputados, nos termos da alínea b) do artigo 156.º da Constituição e da alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento, e dos grupos parlamentares, nos termos da alínea g) do n.º 2 do artigo 180.º da Constituição e da alínea f) do artigo 8.º do Regimento.

Toma a forma de projeto de lei, em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo 119.º do Regimento, encontra-se redigido sob a forma de artigos, é precedido de uma breve exposição de motivos e tem uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal, dando assim cumprimento aos requisitos formais estabelecidos no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento, embora possa ser objeto de aperfeiçoamento em caso de aprovação na generalidade.

De igual modo encontram-se respeitados os limites à admissão das iniciativas, previstos no n.º 1 do artigo 120.º do Regimento, uma vez que este projeto de lei não parece infringir princípios constitucionais e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa. Refira-se, contudo, que, no Capítulo IV, a presente iniciativa prevê a criação de uma Comissão de Avaliação, composta por nove personalidades de reconhecido mérito, nomeados nos termos do n.º 3 do artigo 19.º, sendo sete dos seus membros indicados e eleitos pela Assembleia da República. O n.º 7 do mesmo artigo prevê que essa Comissão funciona no âmbito da Assembleia da República, que assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários. Prevê ainda que três dos seus membros têm direito a subsídio de disponibilidade permanente e os restantes membros têm direito a senhas de presença por cada reunião em que participam, pelo que pode ponderar-se a aplicabilidade do disposto no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição, que veda aos Deputados e grupos parlamentares a apresentação de iniciativas que envolvam, no ano económico em curso, um aumento das despesas do Estado previstas no Orçamento (princípio igualmente consagrado no n.º 2 do artigo 120.º do RAR e conhecido como “lei-travão”). Contudo a Assembleia da República tem orçamento próprio, não parecendo por isso que se justifique invocar a lei travão, tratando-se para mais de uma iniciativa apresentada por um grupo parlamentar.

Em qualquer caso, prevendo-se que estes encargos sejam suportados pelo orçamento da Assembleia da República, parece justificar-se a audição do Conselho de Administração.

Refira-se ainda que, ao alterar os artigos 134.º e 135.º do Código Penal, a iniciativa se insere na reserva relativa de competência legislativa da Assembleia da República, prevista na alínea c) do n.º 1 do artigo 165.º da Constituição, *Definição dos crimes, penas, medidas de segurança e respetivos pressupostos, bem como processo criminal*.

O projeto de lei em apreciação deu entrada a 7 de fevereiro de 2018. Foi admitido a 8 de fevereiro, data em que foi anunciado e baixou na generalidade à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.ª), com conexão à Comissão de Saúde (9.ª) por despacho de S. Ex.ª o Presidente da Assembleia da República.

• Verificação do cumprimento da lei formulário

O título da presente iniciativa legislativa - “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 que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível” - traduz sinteticamente o seu objeto, mostrando-se conforme ao disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, *lei formulário*³, embora, em caso de aprovação, possa ser objeto de aperfeiçoamento, em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

Segundo as regras de legística formal, “o título de um ato de alteração deve referir o título do ato alterado, bem como o número de ordem de alteração”⁴. Dado que o presente projeto lei propõe uma alteração ao Código Penal, deverá essa alteração constar do título, através da referência de que se trata da 45.ª⁵ alteração ao Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, que o aprovou, pelo que se sugere que no título seja aditada esta indicação:

“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 que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível, procedendo à quadragésima quinta alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro”.

Refira-se ainda que por estar em causa a alteração a um código não se mostra necessária a sua republicação para efeitos da lei-formulário, enquadrando-se na exceção prevista na alínea a) do n.º 3 do artigo 6.º, que

³ Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, que estabelece um conjunto de normas sobre a publicação, a identificação e o formulário dos diplomas, alterada e republicada pelas Leis n.ºs 2/2005, de 24 de janeiro, 26/2006, de 30 de junho, 42/2007, de 24 de agosto, e [43/2014, de 11 de julho](#).

⁴ Duarte, D., Sousa Pinheiro, A. *et al* (2002), *Legística*. Coimbra, Almedina, pág. 201.

⁵ Este número de ordem da alteração deve ser confirmado antes da publicação.

determina que deve proceder-se à republicação integral dos diplomas que revistam forma de lei sempre que existam mais de três alterações ao ato legislativo em vigor, salvo se se tratar de alterações a Códigos.

A iniciativa prevê no seu artigo 24.º que o Governo aprova, no prazo máximo de 180 dias após a sua publicação, a respetiva regulamentação.

Em caso de aprovação, a presente iniciativa, revestindo a forma de lei, deve ser objeto de publicação na 1.ª série do *Diário da República*, nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da lei formulário. Entra em vigor 30 dias após a sua publicação, estando assim em conformidade com o previsto no n.º 1 do artigo 2.º da lei formulário, que estabelece que os atos legislativos “*entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início da vigência verificar-se no próprio dia da publicação*”.

Nesta fase do processo legislativo, a iniciativa em apreço não nos parece suscitar outras questões em face da lei formulário.

III. Enquadramento legal e doutrinário e antecedentes

- **Enquadramento legal nacional e antecedentes**

A matéria objeto da iniciativa legislativa sob apreciação foi já objeto do [Projeto de Lei n.º 418/XIII](#), apresentado pelo PAN, sob o título “Regula o acesso à morte medicamente assistida”, justificando-se, assim, reproduzir nesta sede basicamente o que a respeito dele foi observado.

Assinale-se, em primeiro lugar, que a expressão “morte assistida” tem vindo a ser entendida como abrangendo a eutanásia ativa e o suicídio assistido, as quais constituem as duas formas de antecipar a morte de um doente padecendo de doença incurável que lhe provoca sofrimento atroz.

Por seu turno, o enquadramento legislativo nacional em vigor também já foi detalhado em [estudo comparativo da DILP](#), justamente intitulado “Eutanásia e Suicídio Assistido”.

Relembramos aqui, com mais brevidade, o contexto legislativo vigente em que se enquadra a iniciativa legislativa, completando-o com alusões a alguns diplomas que não foram abordados no referido estudo, circunscrito à análise de algumas questões centrais sobre o tema geral da morte assistida.

Partindo da distinção entre as diferentes formas de eutanásia, explicada nesse estudo, é de salientar que a eutanásia ativa continua a ser considerada crime, embora punível de forma especialmente atenuada, seja à

luz do artigo 133.º (como homicídio privilegiado), seja de acordo com o artigo 134.º (homicídio a pedido da vítima) do [Código Penal](#)^{6,7}.

No primeiro caso, que tem por fundamento a diminuição sensível da culpa do agente, a pena de prisão é reduzida, quando comparada com a que se aplica ao homicídio simples, para 1 a 5 anos, se ocorrer um dos motivos determinantes do autor nele previstos, que consistem em ter sido dominado, ao cometer a conduta, por “compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral”.

No segundo caso, que constitui um tipo específico de homicídio com uma atenuação ainda maior da pena abstrata aplicável, o agente é “determinado por pedido sério, instante e expresso” da vítima, sendo punido com pena de prisão até 3 anos. Considera-se que neste caso a culpa é diminuta, justificando a diminuição da moldura penal.

Penalistas como Manuel Lopes Maia Gonçalves⁸ consideram que a eutanásia se inclui na previsão do artigo 133.º, sendo de assinalar a posição de autor do projeto inicial de Código Penal manifestada, a este respeito, na seguinte transcrição das atas da respetiva comissão revisora: “Em relação a esta” (a eutanásia ativa) “segue-se portanto uma solução intermédia: nem se pune como homicídio nem se deixa de punir. Aliás, este crime privilegiado tem também por função impedir que os tribunais deixem de punir a eutanásia ativa por meio de recurso ao princípio da não exigibilidade. Pretende-se a sua punição, mas só dentro dos limites do artigo.” A distanásia – entende o mesmo penalista – não é punida e a ortotanásia, pese embora a sua delicadeza, tem sido considerada uma ação justificada e como tal sem relevância criminal. Tem sido entendido ser ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes, mais ainda quando causam incómodo e sofrimento ao doente, pelo que tal interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia ativa (eutanásia passiva ou por omissão), assim como também é ética a aplicação de medicamentos destinados a aliviar a dor do paciente, ainda que possa ter, como efeito secundário, redução de tempo previsível de vida (eutanásia indireta ou eventual).

Outros juristas ainda defendem que algumas situações de eutanásia são passíveis de se reconduzir não aos artigos 133.º ou 134.º, mas aos casos referidos no n.º 2 do artigo 35.º do Código Penal (estado de necessidade desculpante, que pode determinar a atenuação especial da pena ou mesmo, excecionalmente, a dispensa de pena).

⁶ Texto consolidado retirado do portal eletrónico do Diário da República.

⁷ A doutrina divide-se em qual dos dois preceitos o ato se subsume.

⁸ “Manuel Lopes Maia Gonçalves, Código Penal Português, Anotado e Comentado – Legislação Complementar, 18.ª edição, 2007, Almedina”.

Finalmente, incitar outra pessoa a suicidar-se ou prestar-lhe ajuda para esse fim constitui o crime de incitamento ou ajuda ao suicídio, previsto no artigo 135.º do Código Penal, “se o suicídio vier efetivamente a ser tentado ou a consumir-se”. Tal crime é punível com pena de prisão até 3 anos, agravada (pena de prisão de 1 a 5 anos) “se a pessoa incitada ou a quem se presta ajuda for menor de 16 anos ou tiver, por qualquer motivo, a sua capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída”.

É de salientar que, não tendo embora Portugal descriminalizado a prática da eutanásia e do suicídio assistido em relação a pessoas em estado de doença terminal, já admite o testamento vital, que consiste na formulação em vida de um “documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” ([Lei n.º 25/2012, de 16 de julho](#)⁹, e [Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio](#)¹⁰).¹¹

Perante o disposto nas alíneas a) a c) do n.º 2 do artigo 2.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, sobre o conteúdo do testamento vital, afigura-se evidente que, no caso português, as diretivas antecipadas da vontade cobrem a ortotonásia.

Estabelece o n.º 2 desse artigo 2.º o seguinte:

“2 - Podem constar do documento de diretivas antecipadas de vontade as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente:

- a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;
- b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;
- c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;
- d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;
- e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.”

⁹ “Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)”.

¹⁰ “Regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)”.

¹¹ A propósito da conformação do instituto das diretivas antecipadas da vontade, esta legislação acaba por definir também, indiretamente, a ortotonásia e a distanásia, descriminalizando-as.

Além disso, o utente dos serviços tem direito a consentir ou recusar a prestação de cuidados de saúde, a que corresponde, naturalmente, o correlativo dever de respeitar tal vontade (artigo 3.º da [Lei n.º 15/2014, de 21 de março](#)¹²). Este direito, expressamente consagrado, tem importância fulcral para a compreensão da questão da eutanásia passiva, permitida nos casos em que o paciente declare não pretender continuar com os tratamentos.

De entre as normas deontológicas vinculativas para os profissionais de saúde, sublinhamos as que constam do [Estatuto dos Enfermeiros](#)¹³, cujo artigo 103.º estabelece, sob a epígrafe “Dos direitos à vida e à qualidade de vida”, o seguinte:

“O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;
- b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
- c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.”

Estão ainda intimamente relacionados com a questão central sob análise os artigos 105.º e 108.º do mesmo Estatuto.

Diz o primeiro o seguinte:

“Artigo 105.º

Do dever de informação

No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.”

¹² “Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde”. A ligação eletrónica refere-se ao texto consolidado constante do Diário da República Eletrónico (DRE).

¹³ Consta de anexo da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (“Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais”), a qual modificou, republicando, o diploma original que aprovara o Estatuto. O DRE disponibiliza ainda uma [versão consolidada](#) do Estatuto dos Enfermeiros.

Refere o segundo:

“Artigo 108.º

Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida

O enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de:

- a) Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida;
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.”

Por seu turno, o artigo 138.º do [Estatuto da Ordem dos Médicos](#)¹⁴ prevê o direito destes profissionais de saúde à objeção de consciência e o seu [Regulamento de Deontologia Médica](#)¹⁵ proíbe expressamente a eutanásia, o suicídio assistido e a distanásia, dando relevo, no respeito pela dignidade do doente no fim da vida, aos cuidados paliativos (artigos 65.º a 67.º).

Dispõem os preceitos pertinentes desse Regulamento de Deontologia Médica, integrados num capítulo respeitante ao fim da vida, o seguinte:

“Capítulo II

Fim da vida

Artigo 65.º

O fim da vida

- 1 - O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida.
- 2 - Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia.

Artigo 66.º

Cuidados paliativos

- 1 - Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua ação para o bem-estar dos doentes, evitando a futilidade terapêutica, designadamente a utilização de meios de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício.

¹⁴ Versão atualizada e republicada em anexo à Lei n.º 117/2015, de 31 de agosto (“Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Médicos, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, revogando o Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de agosto”).

¹⁵ Regulamento da Ordem dos Médicos n.º 707/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 139, de 21 de julho de 2016.

2 - Os cuidados paliativos, com o objetivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nas situações a que o número anterior se refere.

Artigo 67.º

Morte

1 - O uso de meios de suporte artificial de funções vitais deve ser interrompido após o diagnóstico de morte do tronco cerebral, com exceção das situações em que se proceda à colheita de órgãos para transplante.

2 - Este diagnóstico e correspondente declaração devem ser verificados, processados e assumidos de acordo com os critérios definidos pela Ordem.

3 - O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente.

4 - O uso de meios extraordinários de manutenção da vida não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente.

5 - Não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação ou a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigénio suplementar.”

Finalmente, a [Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro](#), denominada Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagra a linha de orientação que se deteta nos códigos deontológicos, erigindo os cuidados paliativos a direito do doente terminal (Base IV, alínea c), e Base V, n.º 1), qualificando a obstinação terapêutica como má prática clínica e infração disciplinar (Base IV, alínea a), e Base XXXII), criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e integrando na RNCP as unidades e equipas criadas no âmbito do [Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho](#), que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Base XXXIV)¹⁶.

Tenha-se em conta que o projeto de lei em apreciação procede à despenalização da eutanásia e do suicídio assistido através de um regime jurídico inovatório, combinado com alterações às disposições do Código Penal pertinentes, quando praticados tais atos, em determinadas circunstâncias e de acordo com certos requisitos, apenas por médico ou profissional de saúde. Se cometidos por qualquer outra pessoa, não deixarão de continuar a ser considerados crimes.

¹⁶ Versão consolidada retirada do DRE.

- **Enquadramento doutrinário/bibliográfico**

Bibliografia específica

BARBOSA, Mafalda Miranda – Dignidade e autonomia a propósito do fim da vida. **O Direito**. Ano 148 (2016, II). p. 233-282. Cota. RP- 270

Resumo: Neste artigo são abordados os seguintes tópicos: a eutanásia; o sentido da liberdade; liberdade e juridicidade; a pessoa como ser de liberdade; a pessoa e os direitos de personalidade, o direito subjetivo; os direitos de personalidade ancorados na pessoa e não no indivíduo.

A autora considera que “a morte a pedido nunca deixará de consubstanciar um ato ilícito do ponto de vista do direito civil. O consentimento do ofendido não surge ali para limitar o direito, dentro do que os bons costumes ou a ordem pública autorizam, mas configura uma renúncia ao direito à vida. Ora, esta renúncia, porque corta a relação do eu com o tu, atenta diretamente contra a dignidade da pessoa”.

CAÑAMARES ARRIBAS, Santiago - La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna. **Revista Española de Derecho Constitucional**. A. 36, nº 108 (sept. – dic. 2016), p. 337-356. Cota: RE-343

Resumo: As questões relacionadas com o fim da vida têm vindo a adquirir uma enorme importância nas sociedades ocidentais como consequência do aumento da esperança de vida e da consolidação do direito à autonomia do doente. A legislação e a jurisprudência comparadas não são uniformes relativamente ao alcance dessa autonomia. Este artigo analisa as grandes tendências do chamado direito a uma morte digna à luz das decisões judiciais mais recentes do Tribunal de Estrasburgo e do Supremo Tribunal do Canadá.

EUTANÁSIA? Cuidados paliativos: testemunhos. Lisboa : Alêtheia Editores, 2016. ISBN 978-989-622-815-6. Cota: 28.41 – 59/2017

Resumo: Esta obra reúne os testemunhos de pessoas que têm vivido por dentro e em diferentes âmbitos a realidade dos cuidados paliativos (profissionais, voluntários, pessoas doentes e seus familiares). Isabel Galriça Neto, coordenadora da referida obra, afirma-se contra a legalização da eutanásia e do suicídio assistido, sublinhando que a solução para esta situação, que atualmente fratura a sociedade portuguesa, não será a legalização da eutanásia, mas sim o desenvolvimento dos serviços de cuidados paliativos. “Uma lei que legalizasse a eutanásia por pretensão sofrimento intolerável (...) poderia conduzir a múltiplos abusos com consequências perigosas (...), passar-se-ia de casos ocasionais de doença terminal para uma dimensão de milhares de casos por ano, com motivos que vão desde a depressão, o “estar cansado de viver” ou o não querer ser um fardo para terceiros. É isto que nos mostra a realidade da Holanda e da Bélgica”.

FERREIRA, Valter Pinto – Os problemas inerentes à regulamentação da eutanásia. **Scientia Iuridica : Revista de direito comparado português e brasileiro**. Tomo LXII, nº 331 (jan./abril 2013) p. 145-173. Cota: RP-92

Resumo: Este artigo corresponde, no essencial, a um excerto da dissertação de mestrado do autor intitulada *Eutanásia: julgar a medicina ou curar o direito?* Visa analisar as vicissitudes com que nos deparamos quando ensaiamos uma tentativa de legalizar a eutanásia. O autor não pretende impor uma ideia ou uma solução, mas sim promover uma discussão séria sobre o tema, procurando colocar as questões em termos práticos e objetivos. São analisados vários problemas que, segundo o autor, apresentam barreiras inultrapassáveis, quer para o direito em geral, quer para o direito penal, em particular. Aborda a questão do testamento vital, confronta a eutanásia com o tema da legalização do aborto e fala da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

GODINHO, Inês Fernandes – Autodeterminação e morte assistida na relação médico-paciente. In **O sentido e o conteúdo do bem jurídico vida humana**. Coimbra : Coimbra Editora, 2013. ISBN 978-972-32-2028-5. p. 111-146. Cota: 12.36 – 114/2014

Resumo: A morte assistida ou eutanásia tem suscitado um interesse crescente nas sociedades atuais. Este artigo aborda a tensão existente entre a autodeterminação e a proteção da vida, centrando-se na relação médico-paciente. A autora começa por clarificar o significado dos conceitos mais relevantes, procurando em seguida tratar a relação entre autodeterminação e dignidade humana. Num terceiro momento procura retirar das ideias apresentadas as devidas consequências jurídico-penais, de forma a contribuir para que possam ser encontradas as melhores decisões políticas, assim como as mais corretas soluções legislativas.

GODINHO, Inês Fernandes – **Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de participação em direito penal**. Coimbra : Coimbra Editora, 2015. ISBN: 978-972-32-2308-8. Cota: 12.36 – 127/2015

Resumo: “A problemática da eutanásia assume hoje contornos muito distintos daqueles que assumia na expressão ‘*euthanasia*’, utilizada pela primeira vez em contexto médico por Francis Bacon no século XVII, para se referir a uma tarefa médica: aliviar o sofrimento físico do corpo ao morrer. Na sociedade tardo-moderna, a problemática coloca-se a partir de um paradoxo fundamental: quando se vive e se pode viver por muito mais tempo, reclama-se o poder de decidir sobre a própria morte. Nesta sequência, surgem interrogações sobre o sentido da autodeterminação do doente e sobre os limites da atuação médica. Em contexto médico, a questão nuclear colocada ao direito penal prende-se com a distinção entre um comportamento eutanásico não punível e um homicídio a pedido da vítima.

De forma a tratar a questão nuclear colocada, o trabalho encontra-se dividido em duas partes: uma primeira parte, sobre os novos problemas da lesão do bem jurídico vida humana, e uma segunda parte, sobre eutanásia e homicídio a pedido da vítima em contexto médico.” [Nota do editor]

KUHSE, Helga – Eutanásia voluntária : justificação moral. In **A condição humana**. Alfragide : Dom Quixote, 2009. ISBN 978-972-20-3200-1. p. 335-356. Cota: 28.41 – 349/2013

Resumo: A problemática da eutanásia é analisada, tendo em conta os exemplos da Holanda, onde a eutanásia voluntária pode ser praticada e da Austrália onde não é permitida. Segundo a autora, parece haver fortes indícios para sugerir que as leis que proíbem o terminar intencional da vida, mas permitem a retirada de tratamento e a administração de cuidados paliativos, tendo em vista encurtar a vida, não evitam que os médicos terminem intencionalmente as vidas de alguns dos seus doentes. O que leva a autora a afirmar, que tais leis são

discriminatórias e injustas, já que encorajam a hipocrisia e incentivam os médicos a atuar sem o consentimento dos doentes.

A autora considera que é necessário um único enquadramento regulador de todas as decisões médicas de terminação da vida que envolvam doentes com capacidade intelectual preservada, enquadramento esse que se deve basear no respeito pela autonomia do doente, cuja expressão reside no requisito processual do consentimento. Desta forma, os médicos seriam livres para decidir, em conjunto, um modo de morrer que melhor servisse as necessidades do doente. Para muitos doentes, este procedimento envolveria a abstenção de tratamento de prolongamento da vida e o recurso a cuidados paliativos. Contudo, para alguns também envolveria eutanásia voluntária através da administração de drogas não terapêuticas.

LANTERO, Caroline – Euthanasie et suicide assisté. **Journal international de bioéthique**. Vol. 26, nº esp. (juil. 2015), p. 227-243. Cota: RE- 157

Resumo: A eutanásia e o suicídio assistido não fazem parte das leis francesas de bioética e não dispõem, por enquanto, de enquadramento normativo a não ser no que diz respeito à repressão em termos penais. Para que estes conceitos venham a ser transformados num direito, é necessário desenvolver um debate ao nível da ética e do direito. Este artigo tem por objetivo questionar as ideias a serem consideradas, as bases conceptuais e as ferramentas normativas que podem ser úteis para a discussão.

LEGEMAATE, Johan; BOLT, Ineke – The dutch eutanásia act : recente legal developments. **European Journal of health law**. Vol. 20, nº 5 (dec. 2013). p. 451-470. Cota: RE-260

Resumo: A Holanda é um dos poucos países no mundo que tem legislação que permite aos médicos pôr termo à vida em determinadas condições (*“termination of life on request and assisted suicide act”*), em vigor desde 1 de abril de 2002. A primeira avaliação da lei efetuada em 2007, concluiu que foram atingidos os objetivos principais não havendo razões para alterações significativas. Realizou-se uma segunda avaliação em dezembro de 2012 e o debate em torno da eutanásia continua ativo.

Este artigo fornece uma panorâmica dos mais recentes desenvolvimentos relativamente à lei holandesa sobre eutanásia, com especial enfoque nos pacientes com demência, doentes psiquiátricos, e doentes “cansados de viver”.

LEITÃO, Luís Manuel Teles de Menezes – Eutanásia e testamentos vitais : live and let die? In **Centenário do nascimento do Professor Doutor Paulo Cunha**. Coimbra : Almedina, 2012. ISBN 978-972-40-4502-3. p. 713-724. Cota: 12.06.2- 204/2012

Resumo: O autor aborda a experiência internacional sobre eutanásia ativa, referindo que a mesma tem vindo a ser permitida por alguns Estados, designadamente o Estado americano do Oregon que legalizou a ajuda ao suicídio em 1997; a Holanda que legalizou a eutanásia em abril de 2002; a Bélgica em setembro do mesmo ano e o Luxemburgo, onde o Parlamento aprovou por escassa maioria uma lei permitindo a eutanásia. Em seguida, é analisada a proibição da eutanásia no ordenamento jurídico português e a questão dos testamentos vitais. O autor termina, afirmando que o Direito deve adotar soluções que permitam às pessoas ver respeitada a sua autonomia, em caso de doença terminal. O testamento vital deve ser reconhecido como a legítima expressão da decisão do doente, sendo considerado vinculativo para os médicos em relação às terapêuticas consentidas

por aquele, legitimando a abstenção de cuidados médicos, que muitas vezes apenas prolongam o sofrimento do doente.

OSSWALD, Walter – **Sobre a morte e o morrer**. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013. Cota: 28.41 – 420/2013

Resumo: “O presente texto ocupa-se principalmente com o processo de morrer e não tanto com o evento da morte. Assim, depois de uma breve revisão da história das concepções e atitudes perante a morte ao longo dos séculos, dá-se especial atenção ao atual modo de morrer em Portugal, com a transferência da morte no domicílio para a morte hospitalar. Os cuidados paliativos, a dor, perda e sofrimento, o testamento vital, o suicídio assistido e a eutanásia, a espiritualidade, a fé e as noções da “arte de morrer” e da boa morte são temas abordados numa perspetiva de um olhar e de uma proposta pessoais.” [Nota do editor].

PORTUGAL Assembleia da República. Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar - **Eutanásia e suicídio assistido** [Em linha] : **legislação comparada**. Lisboa : Assembleia da República. DILP, 2016. [Consult. 16 fev. 2018]. Disponível em: WWW: <URL:<http://catalogobib.parlamento.pt:81/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=123410&img=6124&save=true>>

Resumo: O presente dossiê, elaborado pela Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar, tem por objetivo o estudo comparado dos temas da eutanásia e do suicídio assistido, nos seguintes países: Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, Chipre, Colômbia, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estados Unidos da América, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Indonésia, Japão, Lituânia, Luxemburgo, Polónia, Portugal, Reino Unido, Roménia, Suécia, Suíça, Timor-Leste e Uruguai. Com este trabalho pretende-se dar a conhecer, relativamente ao universo dos ordenamentos jurídicos pesquisados, os que admitem a eutanásia/suicídio assistido e os que, por contraposição, as punem criminalmente.

REAL, Miguel – **Manifesto em defesa de uma morte livre**. Lisboa : Edições Parsifal, 2015. ISBN: 978-989-8760-05-0. Cota: 28.41 – 116/2015

Resumo: Este Manifesto em Defesa de uma Morte Livre pretende ser um contributo para fomentar um debate que não pode ser ignorado e que cada vez mais se impõe. O autor defende a legalização da eutanásia como modo de pôr termo a um corpo em sofrimento irremediável e irrevogável. Segundo o mesmo: “a eutanásia deve legal e moralmente obedecer a princípios racionais (liberdade e dignidade humanas) e assentar no princípio ético da bondade ativa (...). Deve obedecer ao princípio ético da liberdade, e, deste modo, a medicina deve respeitar o desejo voluntário do paciente ou, caso este esteja impossibilitado de se manifestar, dos seus legítimos representantes. (...) Deve obedecer ao princípio ético da compaixão ativa, promovendo legislação rigorosíssima adequada e comissões de permanente monitorização e fiscalização da sua prática”.

RUIZ MIGUEL, Alfonso - Autonomía individual y derecho a la propia muerte. **Revista Española de Derecho Constitucional**. Ano 30, nº 89 (mayo/agosto 2010). p. 11-43. RE-343.

Resumo. Neste artigo, o autor procura responder à questão da constitucionalidade do direito à própria morte. Defende que tanto no direito espanhol como no direito comparado, a legislação e a jurisprudência a propósito das doenças trágicas (incapacidades como a tetraplegia; patologias neuro degenerativas em estados

avançados; doenças terminais e os estados vegetativos irreversíveis), apontam no sentido de uma nova e boa direção: o crescente reconhecimento da autonomia pessoal sobre a própria morte. São revistos distintos problemas pendentes na regulação espanhola, sendo indicadas, de forma crítica, algumas insuficiências e contradições da jurisprudência constitucional sobre a questão e propondo-se algumas soluções.

SAGEL-GRANDE, Irene – Eutanásia na Holanda : a evolução da actual regulamentação jurídica, sua prática e um novo projecto de lei-quadro. **Revista do Ministério Público**. Lisboa. ISSN 0870-6107. A. 38, nº 152 (out./dez.) p. 93-134. Cota: RP - 179

Resumo: O presente artigo descreve a evolução histórica da regulamentação da eutanásia na Holanda. A actual regulamentação da eutanásia não é uma descriminalização no sentido estrito do termo. Pôr termo a uma vida humana a pedido e prestar auxílio ao suicídio continuam a ser puníveis. Contudo, pode não haver punição, caso um número de requisitos pré-definidos estejam preenchidos, requisitos esses que foram sendo clarificados lentamente pela prática. “Esta experiência foi desenvolvida na prática forense no contexto da aplicação do princípio da oportunidade e obteve uma base legal específica com a introdução da Lei da Eutanásia em 2002 sob a forma de causas de exclusão da ilicitude.” Atualmente, existe um novo projeto de lei sobre vida concluída que certamente vai suscitar intenso debate, uma vez que o novo governo representa uma coligação de partidos políticos de direita e de esquerda que têm posições muito distintas relativamente a esta matéria.

VERREL, Torsten – Can we legally regulate dying? The need for legislation in Germany. In **O sentido e o conteúdo do bem jurídico da vida humana**. Coimbra : Coimbra Editora, 2013. ISBN 978-972-32-2028-5. Cota 12.36 – 114/2014

Resumo: Segundo as palavras do autor, embora, desde há muitos anos, tenha existido no domínio do direito um amplo consenso sobre os casos permitidos de eutanásia e os tribunais penais tenham procurado salvaguardar as decisões de fim de vida (testamento vital), existe uma enorme incerteza jurídica na Alemanha, não só entre médicos, mas também entre profissionais do direito.

O autor defende que existe uma necessidade urgente de regular, no código penal alemão, os requisitos necessários para se poder renunciar aos tratamentos de prolongamento da vida, para além do ponto em que a vida continua a ter algum valor ou benefício para o doente. A questão não é regulamentar legalmente a morte, mas, em particular, fornecer aos médicos um quadro legal, no qual eles tenham a capacidade e a coragem de agir com responsabilidade e ética sem medo do direito penal.

- **Enquadramento internacional**

O enquadramento internacional da questão, no plano da comparação com legislação estrangeira, foi já efetuado pela DILP no [dossiê temático intitulado “Eutanásia e Suicídio Assistido”](#). Trata-se de um estudo comparativo que colige dados, embora nalguns casos de forma muito resumida, relativos a 32 diferentes ordenamentos jurídicos.

Para além disso, a documentação produzida a propósito da apreciação da [Petição n.º 103/XIII e respetivo Grupo de Trabalho](#) contém bastantes elementos para, em conjunto com a numerosa bibliografia existente sobre a

matéria, proporcionar a devida reflexão e ponderação do assunto em discussão, sem esquecer, no respeito do contraditório, a posição dos que defendem que a eutanásia e o suicídio assistido devem continuar a ser proibidos, designadamente os subscritores da [Petição n.º 250/XIII](#) e do [Projeto de Lei n.º 565/XIII](#) (CDS-PP).

Nesta nota técnica são apenas lembrados exemplos de três países europeus com orientações diferentes, já tratados no dossiê comparativo supramencionado: um proibindo a morte assistida, nas suas duas vertentes de eutanásia ativa e ajuda ao suicídio, outro proibindo-a igualmente, mas com projeto legislativo tendente à sua legalização já apresentado e em debate, e um terceiro permitindo-a claramente, a ponto de a ter admitido, em determinadas circunstâncias, para menores de idade.

Países europeus

A legislação comparada é, assim, apresentada para os seguintes Estados-membros da União Europeia: Bulgária, Espanha e Holanda.

BULGÁRIA

O artigo 97.º da [lei geral sobre saúde](#)¹⁷ proíbe expressamente a prática da eutanásia relativamente a seres humanos,¹⁸ a qual é punida, pois, como crime de homicídio (previsto no artigo 115.º do [Código Penal](#)¹⁹).

Por sua vez, o mesmo Código pune quem ajudar ou persuadir alguém a cometer suicídio com pena de prisão de 1 a 6 anos, salvo se disser respeito a menor ou pessoa incapaz de controlar os seus comportamentos ou compreender a essência e significado do ato, caso em que a pena aplicável é a de prisão de 3 a 10 anos (artigo 127.º, n.ºs 1 e 2, do Código Penal).²⁰

¹⁷ Que, na versão em inglês encontrada, se designa por *Health Act*.

¹⁸ Em resposta a pedido de informação formulado no âmbito do CERDP, os búlgaros salientaram que a eutanásia, não sendo permitida em relação a seres humanos, é-o, no entanto, quanto a animais, desde que nas condições determinadas em legislação específica, designadamente nos casos de animais afetados de doença incurável com mudanças patológicas irreversíveis, dor e sofrimento, necessidade de limitar e erradicar doenças contagiosas suscetíveis de pôr em perigo a saúde pública e agressividade comportamental de animais que comprovadamente ponha em risco a saúde de seres humanos e outros animais.

¹⁹ Versão em inglês.

²⁰ Na versão em inglês consultada, lê-se o seguinte:

“Article 127
(Last amendment, SG No. 26/2010)

(1) (Last amendment, SG No. 26/2010) A person who in any way has assisted or persuaded another to commit suicide, and such an act or even an attempt only has followed, shall be punished by deprivation of liberty for one to six years.

(2) For the same crime, committed with respect to a minor, or against a person, about whom the perpetrator has knowledge that he is incapable to manage his actions or that he does not understand the essence and meaning of the act, the punishment shall be deprivation of liberty for three to ten years.

(3) A person who through cruel treatment or systematic abasement of the dignity of a person who was in material or other dependency upon him, has lead him to suicide or to an attempt at suicide, having admitted it as possible, shall be punished by deprivation of liberty for two to eight years.

(4) If the act under the preceding paragraph has been committed through negligence, the punishment shall be deprivation of liberty for up to three years”.

Compreende a lei avulsa acima mencionada um catálogo mais ou menos completo de direitos e deveres dos doentes, sob o prisma da proteção da saúde dos cidadãos, que constitui o objeto principal da lei (artigo 1.º).

Na esteira de alguns outros ordenamentos jurídicos, também esta lei regula com algum detalhe o direito aos cuidados paliativos. Balizado pelo direito essencial do paciente a que todas as atividades médicas sejam realizadas com o seu consentimento expresso (artigo 87.º²¹), salvo em determinadas circunstâncias previstas especialmente na lei (conforme admitido no artigo 91.º), o n.º 1 do artigo 95.º determina que o paciente tem direito a cuidados médicos paliativos no caso de doenças incuráveis com prognóstico desfavorável. Precisa o n.º 2 desse preceito, num esforço evidente para delimitar o alcance do conceito, que o objetivo dos cuidados médicos paliativos é a manutenção da qualidade de vida do doente através da redução ou eliminação de alguns sintomas imediatos das enfermidades, bem como dos seus efeitos psicológicos e sociais adversos.

De harmonia com o n.º 1 do artigo 96.º, os cuidados médicos paliativos devem incluir:

- a) Observação médica;
- b) Prestação de cuidados de saúde ao paciente visando eliminar a dor e os efeitos psicológicos e emocionais da doença;
- c) Apoio moral ao paciente e seus familiares.

Os cuidados paliativos devem ser prestados pelo médico de família, por estabelecimentos médicos para atendimento ambulatorio e hospitalar, por dispensários e por hospícios (n.º 2 do artigo 96.º).

ESPANHA

Pune-se a eutanásia sob a alçada do artigo 143.º do [Código Penal](#) espanhol, que a considera um subtipo do crime de auxílio ao suicídio definido, no n.º 4 do artigo 143.º, como o ato de alguém que causa ou coopera ativamente na prática de atos necessários e diretos para provocar a morte de outra pessoa, a pedido sério, expresso e inequívoco desta, que esteja a padecer de doença grave que conduzirá necessariamente à sua morte ou resultará em graves sofrimentos permanentes ou difíceis de suportar. O autor do crime é punido com a pena aplicável ao incitamento ao suicídio, tipificado no n.º 1 do mesmo artigo, ou à ajuda ao suicídio, incriminada no n.º 2, mas especialmente atenuada e reduzida. A pena prevista no n.º 1 (incitamento) é de 4 a 8 anos de prisão, a do n.º 2 (ajuda) de 2 a 5 anos de prisão. Aplica-se pena de 6 a 10 anos de prisão se da ajuda resultar a morte do suicida (n.º 3 do artigo 143.º).²²

²¹ A lei acautela também, nesse artigo, os casos de suprimimento da vontade de menores, pessoas com transtornos mentais, inabilitados e incapazes em geral.

²² Diz o seguinte o artigo 143.º, na sua versão oficial:

“1 - El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2 - Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

Com importância capital para analisar a forma como o ordenamento jurídico espanhol trata as restantes formas de eutanásia, importa atermo-nos também à [Lei n.º 41/2002, de 14 de novembro](#), que, constituindo uma lei básica, regula a autonomia do paciente e os seus direitos e obrigações em matéria de informação e documentação clínica.

Tendo como pano de fundo o princípio da dignidade do ser humano, vinca-se que o respeito pela autonomia da vontade e privacidade da pessoa deve guiar todas as atividades destinadas a obter, usar, guardar e transmitir informações e documentação clínica. Toda a atuação neste domínio requer, em regra, o consentimento escrito do paciente, o qual pode recusar quaisquer tratamentos que lhe sejam sugeridos. Os médicos e corpos clínicos são obrigados a respeitar a vontade do doente (artigo 2.º).

De entre as definições constantes do artigo 3.º, destaca-se, com relevância direta para a matéria sob análise, a noção de “consentimento informado”: a aceitação livre, voluntária e consciente de um paciente, manifestada no pleno uso das suas faculdades depois de ser posto ao corrente da informação adequada, para que determinada atuação médica que afete a sua saúde tenha lugar.²³

O consentimento é, em regra, verbal, mas é obrigatório que seja prestado por escrito nos casos de intervenção cirúrgica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos e, em geral, aplicação de procedimentos que impliquem riscos ou inconvenientes de notória e previsível repercussão negativa sobre a saúde do paciente (n.º 2 do artigo 8.º).

Sendo o próprio paciente o titular do direito à informação sobre os seus registos e dossiês clínicos e à preservação da intimidade dos seus dados, os capítulos II e III da lei, compostos pelos artigos 4.º a 7.º, dedicam-se a regular tais matérias, deixando para os artigos 8.º a 13.º (Capítulo IV) a disciplina da autonomia da vontade

3 - Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4 - El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”

²³ No texto original, lê-se o seguinte, relativamente ao conceito de “consentimento informado”: “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.” Transcreve-se também a definição legal de “médico responsável”, que é a seguinte: “el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.”

do doente e para os artigos 14.º a 19.º (Capítulo V) as regras sobre a organização e o acesso às informações constantes da documentação clínica respetiva.²⁴

À semelhança de outras legislações analisadas, também existe a possibilidade de formulação de testamento vital, no caso espanhol com a particularidade de o testador poder dispor sobre o destino do seu corpo e órgãos uma vez falecido.²⁵

Sem prejuízo do que aqui é explicado sobre o ordenamento jurídico espanhol em vigor, o portal da Associação [Derecho a Morir Dignamente](#) dá-nos conta de já ter sido apresentada uma [proposta legislativa](#) que preconiza a legalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido, presentemente sob debate.

HOLANDA

A eutanásia e o suicídio assistido são regulados numa lei designada, em inglês, por [Termination of Life Request and Assisted Suicide \(Review Procedures\) Act](#), nos termos da qual ambos os atos são permitidos.

O regime desta lei foi estabelecido em articulação com as secções 293 (sobre o homicídio a pedido da vítima) e 294 (sobre o suicídio assistido) do [Código Penal](#) holandês, ficando estes adaptados em conformidade.²⁶

²⁴ Para além da análise estrita do articulado da lei, servimo-nos ainda de respostas apresentadas pelo Parlamento espanhol no âmbito do CERDP.

²⁵ N.º 1 do artigo 11.º, segundo o qual, no texto original: “*Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegare a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.*”

²⁶ Na versão em inglês anexada, referem as secções 293 e 294, na nova redação introduzida por tal lei, o seguinte:

“Section 293

1 - Any person who terminates the life of another person at that other person’s express and earnest request, shall be liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fine of the fifth category.

2 - The offence referred to in subsection (1) shall not be punishable, if it is committed by a medical doctor who meets the requirements of due care referred to in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act [Wet Toetsing Levensbeëindiging op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding] and who informs the municipal forensic pathologist in accordance with section 7(2) of the Burial and Cremation Act [Wet op de Lijkbezorging].

Section 294

1 -Any person who intentionally incites another person to commit suicide shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fine of the fourth category.

De acordo com o n.º 1 da citada secção 293, comete crime quem mata alguém a seu pedido expresso e sério. O n.º 2 do mesmo preceito excetua a responsabilidade quando o crime é cometido por um médico que cumpra os requisitos estabelecidos no artigo 2.º da lei avulsa acima citada.

A irresponsabilização criminal do ato do médico ocorre também no caso do suicídio assistido previsto no n.º 1 da secção 294 do Código Penal, por via do disposto no n.º 2, o qual remete, *mutatis mutandis*, para a causa de exclusão da ilicitude prevista no n.º 2 da secção 293.

Os pressupostos para a realização do ato passam por obedecer ao desejo do doente, que deve estar consciente, num sofrimento insuportável, sem perspectivas ou esperanças de melhoras. O pedido nunca pode provir de um familiar ou um amigo. O ato tem de resultar de solicitação do doente, reiterada e convicta, sendo a morte provocada a única saída. Mas nem sempre os doentes têm o direito a esta prática nem o médico a obrigação de a levar a cabo.

Para respeitar os critérios exigidos na lei, o médico deve ter noção de que está a cumprir na íntegra a vontade do doente, depois de o ter informado escrupulosamente do seu estado de saúde e ter verificado que o doente está num estado terminal, em grande sofrimento físico e psicológico. Tem a obrigação legal de reportar cada caso, depois de ter sido consumado, ao médico patologista municipal e ambos à Comissão de Controlo da Eutanásia.

Todas estas condições são detalhadamente discriminadas no artigo 2.º do *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, o qual, para além disso, obriga a que seja consultado pelo menos mais um médico que, examinando o doente, confirme a verificação dessas circunstâncias.

A eutanásia é o fim de vida a pedido do doente e praticada por um médico, ministrado através de uma substância adequada. No suicídio assistido é o doente que toma a substância fornecida pelo médico.

Se os pressupostos consignados na lei não forem cumpridos, o médico pode ser acusado da prática de um crime, a que se aplicam penas que vão até aos 12 anos de prisão, nos casos de eutanásia, e até aos 3 anos, nos de suicídio assistido. No entanto, o médico tem direito à objeção de consciência, no sentido de poder recusar a prática do ato.

2 - Any person who intentionally assists in the suicide of person or provides him with the means thereto shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fine of the fourth category. Section 293(2) shall apply *mutatis mutandis*."

No caso dos doentes terminais que já tenham eutanásia agendada mas que entretanto ficam em estado de semi-inconsciência ou inconsciência total e revelem sinais de grande sofrimento, o médico pode, ainda assim, praticar o ato. Para estas situações em concreto, o médico tem de consultar a *Royal Dutch Medical Association*, a pedido do *Board of Procurators General of the Public Prosecution Office* e do *Healthcare Inspectorate*.

Através de diretivas antecipadas, as pessoas têm a possibilidade de manifestar por escrito o seu desejo, perante eventuais situações de doença, sobre se pretendem a eutanásia ou o suicídio assistido. O documento deve ser claro, objetivo e sem dar origem a interpretações ambíguas da vontade do doente.

Outra situação que tem de ser objeto de manifestação antecipada de vontade diz respeito às demências. Se não houver um documento escrito em relação a este tipo de doenças, não é permitida a eutanásia, a não ser que se verifique que a pessoa está em sofrimento extremo, caso em que o médico pode tomar a decisão de praticar o ato.

Mais discutível é a situação do sofrimento psicológico, à qual as autoridades holandesas ainda não conseguem oferecer uma resposta decisiva. Têm-se suscitado muitas dúvidas, adensadas por uma decisão judicial que julgou responsável um psiquiatra que praticara suicídio assistido numa pessoa padecendo de doença psicológica, mas que foi dispensado de pena. Refira-se que a instância disciplinar médica competente chegou à mesma conclusão.

Os menores podem pedir a eutanásia a partir dos 12 anos com o consentimento dos pais ou dos representantes legais. A partir dos 16 anos têm a possibilidade de tomar a decisão sozinhos, mas os pais deverão estar envolvidos no processo. Atingidos os 18 anos de idade, passam a ter direito de a solicitar sem autorização ou aconselhamento parental.

As pessoas têm também a possibilidade, através da utilização de um cartão com a frase “Não Ressuscite”, que devem sempre transportar consigo, de não serem reanimadas ou ressuscitadas numa situação médica de emergência. Este cartão deve ter o nome, idade, assinatura e fotografia da pessoa e a referência a diretivas antecipadas da vontade que porventura existam.

Os médicos têm permissão, em situações excecionais definidas na lei²⁷, de executar a eutanásia a recém-nascidos e, em situações de graves anomalias detetadas no feto, praticar o aborto no termo do período de gestação.

²⁷ Cujo texto pode ser verificado em <http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/Nether.abo.htm>.

Por último, os cuidados paliativos devem ser prestados através de sedação, para mitigar ou diminuir o sofrimento em fim de vida e não para matar. É admissível em doentes cuja expectativa de vida não seja superior a duas semanas. Esta decisão é tomada pelo doente ou por parentes próximos e/ou pelos profissionais de saúde.

É ainda de referir que só pessoas de nacionalidade holandesa podem solicitar a eutanásia e a morte assistida.

Na Holanda são disponibilizados guias didáticos oficiais para elucidação do tema, distribuídos, designadamente, em estabelecimentos de saúde, um dos quais, muito completo, pode ser consultado em <http://www.bioeticanet.info/eutanasia/1leieuhol.pdf>.

A página eletrónica da *Royal Dutch Medical Association* (KPMG), situada em <http://www.knmg.nl/Over-KNMG/About-KNMG.htm>, contém as normas e procedimentos a observar pelo corpo clínico quando se apreste a praticar o ato.

IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria

- **Iniciativas legislativas**

Efetuada consulta à base de dados da Atividade Parlamentar (AP), verifica-se que se encontrou em apreciação, na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.^a), que sobre ela já emitiu parecer, aguardando-se o agendamento da respetiva discussão e votação na generalidade em Plenário, a seguinte iniciativa legislativa, conexas com a presente:

[Projeto de Lei 418/XIII \(PAN\) – Regula o acesso à morte medicamente assistida](#)

- **Petições**

Consultada a base de dados da Atividade Parlamentar (AP), verifica-se que esteve também em apreciação na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.^a) a [Petição n.º 103/XIII/1.^a](#) – Solicitam a despenalização da morte assistida, de que foi primeiro subscritor o Movimento Cívico “Direito a morrer com dignidade”, que reuniu 8428 assinaturas, deu entrada na Assembleia da República a 26 de abril de 2016, foi objeto de relatório final da Comissão em 30 de novembro de 2016 e mereceu apreciação em Plenário em 2 de fevereiro de 2017, estando pois arquivada.

Em apreciação na mesma Comissão encontra-se a [Petição n.º 250/XIII/2.^a](#) – Toda a Vida tem Dignidade, de que é primeira peticionante a Federação Portuguesa pela Vida e outros 14195 subscritores, e que deu entrada na Assembleia da República em 25 de janeiro de 2017. A Comissão constituiu, tal como fizera para a Petição

n.º 103/XIII, um grupo de trabalho que realiza audições e reúne contributos escritos sobre a matéria, tendo em vista a aprovação do respetivo relatório final.

V. Consultas e contributos

A Comissão promoveu, em 15 de fevereiro de 2018, a consulta escrita das seguintes entidades institucionais: Conselho Superior da Magistratura, Conselho Superior do Ministério Público, Ordem dos Advogados, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Psicólogos e Ordem dos Médicos.

Todos os pareceres e contributos remetidos à Assembleia da República serão publicados na [página da iniciativa na Internet](#).

Considerando a inovação que a iniciativa *sub judice* preconiza de criação da Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da Morte, de funcionamento junto da Assembleia da República, que “*assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários*”, sugere-se, para ponderação pela Relatora nomeada e pela Comissão, que seja também solicitada a emissão de parecer escrito pelo Conselho de Administração da Assembleia da República, tendo em conta as competências que lhe são atribuídas pelo artigo 15.º da Lei de Organização e Funcionamento da Assembleia da República, aprovada pela Lei n.º 77/88, de 1 de julho, e subsequentemente alterada.

VI. Apreciação das consequências da aprovação e dos previsíveis encargos com a sua aplicação

Em face da informação disponível, não é possível determinar ou quantificar os encargos resultantes da aprovação da presente iniciativa, contudo, como ficou atrás referido, resultam necessariamente custos para o orçamento da Assembleia da República, designadamente do pagamento (previsto no artigo 19.º da iniciativa) do subsídio de disponibilidade aos membros da secção permanente da Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da Morte e de senhas de presença aos restantes membros, ainda que tais encargos não sejam indicados em concreto e o proponente preveja a regulamentação da iniciativa (artigo 24.º). Há ainda custos resultantes do apoio técnico e administrativo que também a Assembleia da República deverá providenciar à Comissão.