



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

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR
PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA DA
REPUBLICA**

Ofício n.º 298/XIII/1ª – CACDLG /2017

Data: 22-03-2017

NU: 571429

ASSUNTO: Parecer do Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN).

Para os devidos efeitos, junto se envia parecer relativo ao Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN) - "Regula o acesso à morte medicamente assistida", tendo as respetivas partes I e III sido aprovadas por unanimidade, verificando-se a ausência do CDS-PP e PEV, na reunião de 22 de março de 2017 da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

Com os melhores cumprimentos,

O VICE-PRESIDENTE DA COMISSÃO

(José Silvano)



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS, DIREITOS,
LIBERDADES E GARANTIAS

PARECER

PROJETO DE LEI N.º 418/XIII/2.ª (PAN) – REGULA O ACESSO À MORTE
MEDICAMENTE ASSISTIDA

PARTE I - CONSIDERANDOS

I. a) Nota introdutória

O Deputado único representante do PAN tomou a iniciativa de apresentar à Assembleia da República, em 21 de fevereiro de 2017, o **Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª** – “*Regula o acesso à morte medicamente assistida*”.

Esta apresentação foi efetuada nos termos do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 156.º da Constituição da República Portuguesa e do artigo 118.º do Regimento da Assembleia da República, reunindo os requisitos formais previstos no artigo 124.º desse mesmo Regimento.

Por despacho de Sua Excelência o Presidente da Assembleia da República, datado de 23 de fevereiro de 2017, a iniciativa vertente baixou à Comissão de Saúde (comissão competente), com conexão à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, para a emissão do respetivo parecer.

Por ofício da Comissão de Saúde, foi solicitado ao Senhor Presidente da Assembleia da República a redistribuição desta iniciativa à 1.ª Comissão (comissão competente), com conexão à 9.ª Comissão, o que foi deferido, por despacho de 1 de março de 2017.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias solicitou, em 9 de março de 2017, a emissão de parecer ao Conselho Superior da Magistratura, Conselho Superior do Ministério Público, Ordem dos Advogados, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Psicólogos e Ordem dos Médicos.

I b) Do objeto, conteúdo e motivação da iniciativa

A presente iniciativa, do Deputado único representante do PAN, pretende regular o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido.

O Deputado do PAN recorda que constava do programa eleitoral do seu partido nas últimas eleições legislativas discutir o tema da eutanásia, razão pela qual *“pugnou pela criação de um Grupo de Trabalho”* (no âmbito da Petição n.º 103/XIII/1), *“que permitisse o debate na Assembleia da República, no qual tivemos uma participação ativa. Ainda que sempre nos tenhamos manifestado, por princípio, favoráveis à autodeterminação e, conseqüentemente, ao respeito pela autonomia e pela liberdade, partimos para o debate com uma mente aberta, com interesse em analisar e discutir todos os argumentos que foram apresentados, fossem eles favoráveis ou desfavoráveis. No final do debate, tendo em conta a riqueza das audições e das intervenções que foram realizadas, estamos em condições para tomar uma posição consciente e séria e, em consequência, para apresentar uma iniciativa legislativa sobre esta matéria. Entendemos também que esta é a vontade da maioria da sociedade, vontade esta expressamente demonstrada num estudo da Eurosondagem que revelou que 67,4% da população defende a legalização da morte medicamente assistida.”* – cfr. exposição de motivos.

O Deputado do PAN justifica a legalização da morte medicamente assistida com o argumento de que *“viver é um direito e não uma obrigação. O valor da vida é grande, mas não*



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

é infinito. Não devemos prolongar a vida a todo o custo, particularmente se esses custos acarretam uma dor e um sofrimento intolerável para o doente”, considerando que “a dignidade da pessoa humana” e a “autonomia e liberdade individual” legitimam esta opção legislativa – cfr. exposição de motivos.

Sufragando *“inteiramente a posição de Jorge Reis Novais, transmitida no Grupo de Trabalho já mencionado, que inclusive defendeu que a situação actual, de não atender à vontade da pessoa, é inconstitucional”* e considerando que *“vários são os Constitucionalistas que defendem que uma lei que permita a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido não é inconstitucional, nomeadamente Luísa Neto, Teresa Beleza e Faria Costa”*, o proponente afasta *“uma eventual violação do artigo 24.º da CRP”*, considerando que *“O direito à vida, ainda que tendencialmente absoluto, não tem, actualmente, a configuração de um direito absoluto”* – cfr. exposição de motivos.

Sublinhando que *“Todas as vidas são dignas”*, o Deputado do PAN defende que *“aquilo que deve ser garantido pelo Estado é que a pessoa que toma a decisão é competente para o fazer. O Estado deve, assim, criar mecanismos que permitam aferir se a vontade manifestada por determinada pessoa corresponde à sua vontade real, ou seja, se a pessoa está lúcida e consciente”* – cfr. exposição de motivos.

O PAN considera *“que a despenalização da morte medicamente assistida não exclui nem conflitua com os cuidados paliativos”*, rejeitando *“o argumento da “rampa deslizante” nos termos do qual a aprovação da morte medicamente assistida abriria caminho para aprovação de formas de eutanásia involuntária. A morte assistida destina-se a doentes conscientes, lúcidos e cuja vontade foi manifestamente expressada, motivo pelo qual esta é sempre a pedido do paciente.”* – cfr. exposição de motivos.

Entende o proponente que *“Em Portugal existe uma certa liberdade médica de actuação nas questões do fim de vida”*, pois a *“Ortotanásia, isto é, a limitação ou suspensão de tratamentos médicos agressivos tidos como desproporcionados para o prolongamento da vida,*



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

é um espaço livre de Direito. Sem legislação a regular esta matéria, a única coisa de que dispomos é de um conjunto de práticas médicas que, em nome da não obstinação terapêutica, determinam a ideia de que há um determinado momento em que o doente deve ser deixado morrer, não sendo tais práticas uniformes em todo o país. Tais práticas são aceites, invocando-se que existe uma diferença entre matar e deixar morrer, isto é, entre eutanásia activa e eutanásia passiva. Mas será esta diferença assim tão nítida? Entendemos que não.” – cfr. exposição de motivos.

O PAN sublinha “os avanços que se fizeram em Portugal, no sentido de reconhecer aos pacientes uma maior autonomia”, destacando o importante contributo nesta matéria dado “pela Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho, que estabelece o regime das directivas antecipadas de vontade, em matéria de cuidados de saúde, designadamente sobre a forma de testamento vital, e que permite a nomeação de procurador de cuidados de saúde”, mas considera que é necessário dar um passo em frente e “proceder à regulamentação da morte assistida em Portugal, tanto na vertente da eutanásia como de suicídio medicamente assistido”, vincando que o que o PAN pretende é “conceder às pessoas o direito a viver com dignidade, mesmo na hora da morte” – cfr. exposição de motivos.

É neste sentido que surge a presente iniciativa do Deputado do PAN, que pretende regular “o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido” – cfr. artigo 1.º do Projeto de Lei.

É proposto que, para efeitos desta lei, se entenda por morte medicamente assistida: “Acto de, em resposta a um pedido do próprio, informado, consciente e reiterado, antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento sem esperança de cura. Pode concretizar-se de duas formas: eutanásia ou suicídio medicamente assistido”; por eutanásia: “Quando o fármaco letal é administrado por um médico”; e por suicídio medicamente assistido: “Quando é o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal, sob a orientação ou supervisão de um médico” – cfr. artigo 2.º.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

De acordo com esta iniciativa, o pedido de morte medicamente assistida apenas é admissível nos casos de doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou nos casos de situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva. O pedido deve ser apresentado a um médico pelo próprio doente, de forma livre e voluntária, após um processo de adequada informação prestada pelo médico e de livre reflexão, não podendo ser motivado ou influenciado por qualquer pressão ou coação exterior, e devendo a pessoa estar consciente e lúcida quando formula o pedido e quando o reitera ao longo do processo – cfr. artigo 3.º.

O PAN exclui os menores, ainda que emancipados, desta lei, prevendo que só possa formular pedido de morte medicamente assistida quem tenha menos de 18 anos, tenham nacionalidade portuguesa ou resida legalmente em Portugal, não se mostre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica e não padeça de qualquer doença do foro mental – cfr. artigo 4.º.

Prevê-se que o pedido do doente seja apresentado junto de médico à sua escolha (médico assistente), devendo ser obrigatoriamente reduzido a escrito e assinado na presença do médico assistente. Nas situações em que o doente não possa escrever ou assinar, este pode fazer-se substituir por pessoa por si indicada, caso em que a redação e assinatura do documento deve fazer-se na presença do médico assistente, que também assina o documento – cfr. artigo 5.º, n.ºs 1, 2 e 3.

O requerimento com pedido de morte assistida deve conter, pelo menos, os dados do doente, a indicação da doença de que é portador, a enumeração fundamentada dos motivos que o levam a formular o pedido, o cumprimento dos requisitos de admissibilidade, legitimidade e capacidade, e a opção da modalidade de morte assistida, informações que são prestadas através de formulário único para o efeito, a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde – cfr. artigo 5.º, n.ºs 4 e 5.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Cabe ao médico assistente apreciar o pedido e verificar se estão preenchidos os requisitos de admissibilidade, legitimidade e capacidade. Caso esteja, o médico deve informar o doente do seu estado de saúde e a sua expectativa de vida; discutir com ele o seu pedido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido; discutir com ele outras possibilidades terapêuticas ainda disponíveis, assim como as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos e as suas consequências e impactos na vida do doente; consultar outro médico da área de especialização da patologia em causa para que este se pronuncie sobre o estado de saúde do doente e sobre a admissibilidade do pedido de morte medicamente assistida (para o efeito remetendo a este o dossier clínico do doente); discutir, salvo oposição do doente, com o médico ou equipa de médicos que assegure os cuidados regulares do doente e com o agregado familiar deste ou familiares mais próximos; e ficar com a convicção que o pedido do doente é voluntário e que foi proferido de forma séria, refletida e livre de quaisquer pressões externas. O médico assistente deve conversar com o doente o número razoável de vezes, face à evolução da sua condição, de modo a, em consciência, se aperceber se a vontade deste, manifestada no pedido se mantém, devendo elaborar por cada consulta que realizar com o doente, um relatório no qual exponha os pontos discutidos, com indicação das respostas dadas e apreciação da postura do doente – cfr. artigo 6.º.

O médico consultado procede à análise do dossier clínico do doente, verificando se estão cumpridos os requisitos de admissibilidade, legitimidade e capacidade para o pedido de morte assistida, caso em que examina o doente nos mesmos moldes que o exame feito pelo médico assistente e elabora um relatório do qual consta o seu parecer sobre o pedido – cfr. artigo 7.º.

Após o exame pelo médico consultado, o doente deve ser observado por um médico psiquiatra, para verificar se se encontra mentalmente são ou se sofre de alguma doença do foro mental que impeça ou condicione a decisão consciente do pedido. Para tanto, realiza as consultas que entenda convenientes antes de formular o seu parecer que constará do relatório que elaborará. O parecer desfavorável deste médico impede a continuidade do procedimento e implica o encerramento do mesmo, sem prejuízo do direito do doente pedir uma reavaliação, feita por outro médico – cfr. artigo 8.º.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A decisão final sobre o pedido de morte assistida cabe ao médico assistente, que elabora um relatório final com a decisão e comunica-a ao doente, só podendo deferir o pedido se os pareceres dos três médicos envolvidos for favorável – cfr. artigo 9.º.

Caso algum dos médicos envolvidos emita um parecer desfavorável, o doente tem direito a pedir, no prazo de 30 dias, uma reavaliação realizada por outro médico com a mesma especialização daquele que emitiu o parecer desfavorável – cfr. artigo 10.º.

A escolha entre eutanásia (quando o fármaco letal é administrado por médico) ou suicídio assistido (quando é o próprio doente a autoadministrar o fármaco letal) cabe ao doente. O suicídio assistido deve ser praticado sob orientação e supervisão médica, sendo que os enfermeiros podem auxiliar os médicos no cumprimento da morte medicamente assistida – cfr. artigo 11.º.

Antes de ser disponibilizado ao doente o fármaco letal ou de proceder à sua administração, o médico deverá questionar pela última vez se este mantém a sua vontade de se submeter à morte medicamente assistida, devendo registar, em caso afirmativo, esta decisão por escrito, devidamente datada e assinada, combinando com o doente o dia, local e método a utilizar – cfr. artigo 12.º.

O doente pode, a todo o tempo, revogar o seu pedido de morte medicamente assistida, por escrito ou oralmente, ficando tal facto registado no dossier clínico – cfr. artigo 13.º.

A escolha do local para a prática da morte medicamente assistida cabe ao doente, podendo esta ocorrer em instalações públicas ou privadas de saúde ou no domicílio do doente – cfr. artigo 14.º.

Para além do médico assistente e demais profissionais de saúde, podem estar presentes no ato de morte medicamente assistente as pessoas escolhidas pelo doente – cfr. artigo 15.º.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Nos casos em que o doente ficar inconsciente antes do momento do cumprimento da morte medicamente assistida, o procedimento é interrompido, só prosseguindo nos casos em que o doente recupere a sua consciência e manifeste vontade de prosseguir com o pedido – cfr. artigo 16.º.

O procedimento de verificação do óbito obedece à legislação em vigor, sendo que a causa de morte aposta na certidão de óbito deverá ser a patologia da qual o doente padecia e que suscitou o processo – cfr. artigo 17.º.

Após o óbito do doente, o médico assistente preenche uma declaração que contém os elementos indicados no n.º 2 do artigo 18.º, remetendo a mesma à Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei, que é criada através desta lei. Esta declaração, cujo modelo será criado pelo Governo e disponibilizado em plataforma online, tem natureza confidencial e destina-se ao uso exclusivo da Comissão – cfr. artigos 18.º e 20.º.

O médico assistente deverá remeter, no prazo de 15 dias, o dossier clínico que contenha toda a informação relevante do processo de morte mediamente assistida para a Comissão. Esse envio é igualmente obrigatório nos casos de recusa ou revogação do pedido – cfr. artigo 19.º.

A Comissão exerce uma função de fiscalização e controlo desta lei, competindo-lhe nomeadamente acompanhar sistematicamente a aplicação da lei no domínio ético, médico e jurídico. Será composta por sete membros: três médicos nomeados pela Assembleia da República, três juristas nomeados pela Assembleia da República, Conselho Superior da Magistratura e Conselho Superior do Ministério Público e um especialista de reconhecido mérito da área da ética ou bioética, nomeado pela Assembleia da República – cfr. artigos 21.º, 22.º e 23.º.

O mandato desta Comissão tem a duração de 5 anos, não podendo ser renovado mais de uma vez – cfr. artigo 24.º.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A Comissão estabelece o seu regulamento interno, delibera quando estejam presentes pelo menos cinco dos seus membros e as decisões são tomadas por maioria simples – cfr. artigo 25.º.

A Comissão recebe e analisa, no prazo máximo de quatro meses, a documentação remetida pelo médico assistente, que inclui a declaração oficial e o dossiê clínico do doente com toda a documentação relevante, por forma a verificar se os requisitos previstos na presente lei foram cumpridos. Se tiver dúvidas, chama os médicos envolvidos no processo para prestarem declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários. Caso conclua que não estavam reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, seja por falta de requisitos essenciais, seja por erros de procedimento, esta comunicar a sua decisão, de forma fundamentada, aos médicos, remetendo igualmente cópia do arquivo completo e da decisão à Ordem dos Médicos, para abertura de processo disciplinar e às autoridades competentes, para abertura de processo-crime – cfr. artigo 26.º.

A Comissão deverá enviar, anualmente, ao Presidente da República, ao Presidente da Assembleia da República e ao Primeiro-Ministro, um relatório com dados estatísticos e com a descrição e avaliação da execução da presente lei, o qual poderá conter recomendações de alteração legislativa – cfr. artigo 27.º.

A Comissão poderá obter todas as informações necessárias de quaisquer entidades e instituições que se mostrem essenciais para o desenvolvimento das suas funções, bem como consultar peritos e especialistas nas matérias conexas com as suas atribuições, sendo que os seus membros estão sujeitos ao dever de sigilo – cfr. artigos 28.º e 29.º.

Todos os profissionais de saúde que tenham, direta ou indiretamente, participado no processo de morte medicamente assistida estão obrigados a guardar sigilo profissional sobre todos os factos cujo conhecimento lhes advenha do exercício das suas funções – cfr. artigo 30.º.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

É garantido aos médicos e demais profissionais de saúde o direito à objeção de consciência, a qual é declarada em documento assinado pelo objetor e apresentado ao diretor clínico ou ao diretor de enfermagem onde o objetor presta serviço. A recusa do médico e demais profissionais de saúde é comunicada ao doente no prazo de 24h, devendo ser especificados os motivos que justificam a recusa do pedido – cfr. artigo 31.º.

São ainda propostas as seguintes alterações ao Código Penal:

- É aditado um novo n.º 3 ao artigo 134.º, relativo ao crime de homicídio a pedido da vítima, segundo o qual *“O disposto no presente artigo não é aplicável se o agente, enquanto médico, actuou determinado por um pedido sério, instante e expresso, encontrando-se o paciente em situação clínica irreversível e em grande sofrimento, nos exactos termos previstos em legislação especial que regula o exercício da morte medicamente assistida”*;
- É aditado um novo n.º 3 ao artigo 135.º, relativo ao crime de incitamento ou ajuda ao suicídio, segundo o qual *“O disposto no presente artigo não é aplicável aos casos em que o agente, na qualidade de médico, prestou auxílio ao suicídio de paciente, determinado por um pedido sério, instante e expresso, encontrando-se este em situação clínica irreversível e em grande sofrimento, nos exactos termos previstos em legislação especial que regula o exercício da morte medicamente assistida”*.

Prevê-se, por último, que a presente lei seja regulamentada no prazo máximo de 180 dias após a sua publicação e que a mesma entre em vigor no prazo de 30 dias a contar da data da sua publicação – cfr. artigos 33.º e 34.º.

I c) Enquadramento constitucional e legal



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Importa, nesta sede, referir que a Constituição da República Portuguesa (CRP) consagra, no seu artigo 24.º, o direito à vida, determinando o n.º 1 deste preceito constitucional que “*A vida humana é inviolável*”.

Por outro lado, decorre do artigo 1.º da CRP o princípio da “*dignidade da pessoa humana*” do qual emana o direito à autodeterminação individual, assente na autonomia da vontade da pessoa.

A garantia e a proteção do direito à vida tem fundamentado, no plano legal, a proibição da eutanásia e do suicídio medicamente assistido.

Por isso, o Código Penal pune, com pena de prisão de 1 a 5 anos, quem matar outra pessoa dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral que diminuam sensivelmente a culpa (homicídio privilegiado – artigo 133.º); com pena de prisão até 3 anos quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito (homicídio a pedido da vítima – artigo 134.º); e com pena de prisão até 3 anos quem ajudar outra pessoa a suicidar-se (incitamento ou ajuda ao suicídio – artigo 135.º).

I d) Direito comparado

A DILP elaborou, a pedido do Deputado único representante do PAN, um dossier de direito comparado sobre a matéria da eutanásia e suicídio assistido, o qual se encontra disponível em:

http://arnet/sites/dsdic/DILP/DILPArquivo/Dossiers%20de%20Informação/Eutanasia_Suicido_Assistido.pdf



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Em síntese, verifica-se que só uma minoria de países é que legalizou a eutanásia e o suicídio assistido (casos da Bélgica, Holanda, Luxemburgo e Canadá) ou admite o suicídio assistido (casos da Alemanha e da Suíça).

I e) Antecedentes

A matéria objeto da iniciativa ora em causa já foi apreciada no âmbito da **Petição n.º 103/XIII/1.^a** - «*Solicitam a despenalização da morte assistida*», promovida pelo movimento cívico «Direito a morrer com dignidade» e subscrita por 8428 cidadãos, a qual foi apresentada em 26 de abril de 2016 e apreciada em Plenário em 1 de fevereiro de 2017.

No âmbito desta Petição foi constituído um **Grupo de Trabalho**, composto pelos seguintes Deputados: José Manuel Pureza (Relator e Coordenador), Carlos Abreu Amorim, Isabel Moreira, Antónia Almeida Santos, Isabel Galriça Neto, António Filipe, José Luís Ferreira e André Silva, que procedeu à audição das seguintes entidades:

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Audição realizada em 23.6.2016);
- Professor Doutor Jorge Reis Novais - Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (Audição realizada em 29.6.2016)
- Professora Doutora Luísa Neto - Faculdade de Direito da Universidade do Porto (Audição realizada em 29.6.2016);
- Bastonário da Ordem dos Médicos (Audição realizada em 30.6.2016)
- Bastonária da Ordem dos Enfermeiros (Audição realizada em 30.6.2016);
- Professora Doutora Teresa Beleza - Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa (Audição realizada em 6.7.2016);
- Juiz Conselheiro Dr. José Adriano Machado Souto de Moura (Audição realizada em 6.7.2016);
- Professora Doutora Mafalda Miranda Barbosa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Audição realizada em 12.7.2016);



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- Professor Doutor José Francisco de Faria Costa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Audição realizada em 12.7.2016);
- Professor Doutor Manuel Costa Andrade – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Audição realizada em 12.7.2016).

Encontra-se atualmente em apreciação, no âmbito da 1.^a Comissão, a **Petição n.º 250/XIII/2.^a** - «*Toda a vida tem dignidade*», promovida pela Federação Portuguesa pela Vida e subscrita por 14196 cidadãos, no âmbito da qual foi constituído um **Grupo de Trabalho**, composto pelos seguintes Deputados: Vânia Dias da Sila (Relatora e Coordenadora), Carlos Abreu Amorim, Isabel Moreira, Antónia Almeida Santos, José Manuel Pureza, Isabel Galriça Neto, António Filipe, Carla Cruz, André Silva.

De referir que o BE apresentou publicamente um anteprojeto de lei nesta matéria em 15 de fevereiro 2017, cujo texto se encontra disponível em:

http://www.esquerda.net/sites/default/files/projeto_de_lei_despenizacao_morte_assistida.pdf

De referir, por último, que o único Partido com assento parlamentar em cujo programa eleitoral figurava a eutanásia é o PAN. No seu programa estava inscrito: “*Abrir a discussão em relação à eutanásia. Porquê? Actualmente a Eutanásia é proibida por lei, sendo também proibida pelo código deontológico dos médicos. O PAN pretende trazer esta situação à discussão, de modo a que se venha a definir se um/a cidadão/ã lúcido/a deve ou não, por razões de saúde, poder decidir terminar a sua vida.*”

PARTE II – OPINIÃO DO RELATOR

O signatário do presente parecer exime-se, neste sede, de manifestar a sua opinião política sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.^a (PAN), a qual é, de resto, de “*elaboração facultativa*” nos termos do n.º 3 do artigo 137.º do Regimento da Assembleia da República.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

PARTE III - CONCLUSÕES

1. O Deputado único representante do PAN apresentou à Assembleia da República o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.^a – “*Regula o acesso à morte medicamente assistida*”.
2. Esta iniciativa pretende regular o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido.
3. De acordo com a iniciativa, o acesso à morte medicamente assistida será apenas admissível nos casos de doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou nos casos de situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva, estando excluído o seu acesso a menores de 18 anos, a interditos ou inabilitados por anomalia psíquica e a pessoas que padeçam de qualquer doença do foro mental.
4. O pedido de morte medicamente assistida deverá ser formulado pelo doente, de forma livre e voluntária, após um processo de adequada informação prestada pelo médico assistente e de livre reflexão, e reiterado ao longo de todo o processo, incluindo no momento antes de ser disponibilizado ao doente o fármaco letal ou de o médico proceder à sua administração.
5. O pedido deverá ser analisado por três médicos: aquele a quem o paciente faz o pedido (médico assistente), um médico especialista na patologia do doente (médico consultado) e um médico psiquiatra, sendo necessário o parecer favorável dos três médicos envolvidos no processo e cabendo ao médico assistente a decisão final sobre o pedido.
6. A escolha entre eutanásia e suicídio assistido cabe ao doente, assim como a escolha do local para a prática da morte medicamente assistida, podendo o doente, a todo o tempo, revogar o pedido de morte medicamente assistida.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

7. É criada a Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei, composta por sete membros (três médicos nomeados pela Assembleia da República, três juristas nomeados pela Assembleia da República, Conselho Superior da Magistratura e Conselho Superior do Ministério Público e um especialista de reconhecido mérito da área da ética ou bioética, nomeado pela Assembleia da República), com funções de fiscalização e controlo desta lei, competindo-lhe nomeadamente acompanhar sistematicamente a sua aplicação no domínio ético, médico e jurídico.
8. A presente iniciativa procede, ainda, à alteração dos artigos 134.º e 135.º do Código Penal, relativos ao crime de homicídio a pedido da vítima e ao crime de incitamento ou ajuda ao suicídio, respetivamente, de modo a despenalizar as condutas neles tipificadas nos casos em que a eutanásia ou o suicídio assistido tiverem sido praticados por médico nos exatos termos da lei que regula o exercício da morte medicamente assistida.
9. Face ao exposto, a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias é de parecer que o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN) reúne os requisitos constitucionais e regimentais para ser discutido e votado em plenário.

PARTE IV – ANEXOS

Anexa-se a nota técnica elaborada pelos serviços ao abrigo do disposto no artigo 131.º do Regimento da Assembleia da República.

Palácio de S. Bento, 22 de março de 2017

O Deputado Relator

(Carlos Abreu Amorim)

O Vice-Presidente da Comissão

(José Silvano)

Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN)

Regula o acesso à morte medicamente assistida.

Data de admissão: 23 de fevereiro de 2017

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: Sónia Milhano (DAPLEN), José Manuel Pinto (DILP), Paula Faria (BIB) e Fernando Bento Ribeiro (DAC).

Data: 14 de março de 2017.

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

A presente iniciativa pretende proceder à regulamentação da “morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido”. Para tal define como morte medicamente assistida, ‘o ato de, em resposta a um pedido do próprio, informado, consciente e reiterado, antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento sem esperança de cura. Pode concretizar-se de duas formas: eutanásia ou suicídio medicamente assistido.’ A eutanásia é definida como ‘quando o fármaco letal é administrado por um médico’. E o suicídio medicamente assistido como ‘quando é o próprio doente a autoadministrar o fármaco letal, sob a orientação ou supervisão de um médico’.

No entender do proponente, “a entrada da [petição n.º 103/XIII/1.º](#), que solicitava a despenalização da morte assistida, deu início a um debate intenso no parlamento, que se iniciou com a criação de um Grupo de Trabalho para discutir esta matéria e que culminou com a sua discussão em Plenário. A discussão deste tema nos moldes em que se realizou foi de extrema importância porque, apesar da complexidade e profundidade do mesmo, foi possível, especialmente em sede de Grupo de Trabalho, debater o tema com seriedade, discutir argumentos e retirar conclusões. Do mesmo modo, considera (mos) que este debate tem contribuído para um maior esclarecimento dos cidadãos sobre o tema da morte medicamente assistida, permitindo às pessoas mais indecisas formar a sua opinião de forma consciente.”

O PAN configura, numa breve definição de morte medicamente assistida, a mesma como “o acto de antecipar a morte, em resposta a pedido consciente e reiterado, de uma pessoa doente em situação de grande sofrimento e numa situação clínica grave e irreversível, sem quaisquer perspectivas de cura”. Entende ainda que “viver é um direito e não uma obrigação”. Bem como que “a prática médica, cada vez mais, tem sido caracterizada pela autonomia e liberdade do paciente” e que “a ideia da autodeterminação veio alterar substancialmente o sentido do acto médico”.

Pelo que, entende ainda o proponente que “o paciente deixou de ser um sujeito meramente passivo na relação médico/doente, para passar a ser um sujeito detentor de direitos que, em conjunto com o médico, decide o percurso da sua vida”.

O proponente argumenta ainda que “aquilo que se defende é que a vontade do paciente seja tida em conta, em todos os momentos, nomeadamente em relação à questão do fim de vida”. E que “a morte assistida destina-se a doentes conscientes, lúcidos e cuja vontade foi manifestamente expressada, motivo pelo qual esta é sempre a pedido do paciente”.

Por fim, admite-se ainda que *“em Portugal existe uma certa liberdade médica de atuação nas questões do fim de vida. A Ortotanásia, isto é, a limitação ou suspensão de tratamentos médicos agressivos tidos como desproporcionados para o prolongamento da vida, é um espaço livre de Direito”*. E que *“vários foram os avanços que se fizeram em Portugal, no sentido de reconhecer aos pacientes uma maior autonomia”*.

Pelo que entende o proponente que *“devem estar excluídos do seu âmbito de aplicação os menores, as pessoas interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica, bem como aquelas que padeçam de uma doença do foro mental. Para além disso, aquele que formula o pedido deverá ter nacionalidade portuguesa ou residir legalmente em Portugal”*.

Prevê também a criação de uma *“Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei”*. Sendo que *“esta exerce essencialmente uma função de fiscalização e controlo, competindo-lhe receber e analisar os processos de morte medicamente assistida praticados, por forma a verificar se todos os requisitos foram cumpridos. Para além disso, exerce importantes competências ao nível do acompanhamento da aplicação da lei, emissão de pareceres sobre a matéria e elaboração de relatórios sobre a sua atividade, podendo, ainda, formular recomendações à Assembleia da República ou ao Governo”*.

Entende finalmente o proponente ser importante acrescentar que *“a morte medicamente assistida é pedida pelo doente e não sugerida pelo médico”*.

A presente iniciativa legislativa é composta por uma exposição de motivos e por oito capítulos que integram 34 artigos. O Capítulo I – Disposições gerais (artigos 1.º e 2.º); Capítulo II - Requisitos e capacidade para pedido de morte medicamente assistida (artigos 3.º e 4.º); Capítulo III - Procedimento prévio ao cumprimento da morte medicamente assistida (artigos 5.º a 10.º); Capítulo IV - Cumprimento do pedido de morte medicamente assistida (artigos 11.º a 19.º); Capítulo V - Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei (artigos 20.º a 29.º); Capítulo VI - Disposições particulares (artigos 30.º e 31.º); Capítulo VII - Alterações legislativas (artigo 32.º); e Capítulo VIII - Disposições finais (artigos 33.º e 34.º).

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

• Conformidade com os requisitos formais, constitucionais e regimentais

A iniciativa *sub judice* é apresentada pelo Deputado do Partido Pessoas-Animais-Natureza (PAN) — Deputado único representante de um partido — no âmbito e nos termos do seu poder de iniciativa, consagrado no n.º 1 do artigo 167.º e na alínea b) do artigo 156.º da [Constituição](#), bem como no artigo 118.º e na alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º do [Regimento da Assembleia da República](#) (RAR).

Tomando a forma de projeto de lei, em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo 119.º do RAR, encontra-se redigida sob a forma de artigos, é precedida de uma breve exposição de motivos e tem uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal, desta forma dando cumprimento aos requisitos formais estabelecidos no n.º 1 do artigo 124.º do RAR.

Respeita de igual modo os limites, à admissão das iniciativas, previstos no n.º 1 do artigo 120.º do RAR, uma vez que não parece infringir a Constituição ou os princípios nela consignados e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa.

Cumpre assinalar que, no seu capítulo V, a presente iniciativa prevê a criação de uma comissão com funções de fiscalização e controlo, designada Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei, com as competências descritas no artigo 22.º, constituída por sete membros, nomeados nos termos previstos no artigo 23.º, cinco dos quais pela Assembleia da República. Em caso de aprovação, para efeitos de especialidade, chama-se a atenção para que a iniciativa deve determinar de forma clara como serão assegurados os eventuais encargos inerentes ao funcionamento desta Comissão, designadamente a eventual remuneração dos seus membros.

De qualquer forma, deve ser tido em conta o 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 Regimento e conhecido como “lei-travão”). Esta limitação, contudo, pode ser ultrapassada através de uma norma que preveja a produção de efeitos ou entrada em vigor da iniciativa com o Orçamento do Estado posterior à sua publicação.

Acresce que, caso esses encargos devam ser suportados pelo orçamento da Assembleia da República, parece justificar-se a audição do Conselho de Administração da Assembleia da República.

A matéria objeto da iniciativa em apreço, na medida em que regula o acesso à morte medicamente assistida, enquadra-se no âmbito do direito à vida, consagrado no artigo 24.º da Constituição. Refira-se ainda que, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 165.º da Constituição, legislar sobre direitos, liberdades e garantias é da exclusiva competência da Assembleia da República.

O presente projeto de lei, que deu entrada em 21 de fevereiro do corrente ano, foi admitido em 23 de fevereiro, data em que, por despacho de S. Ex.^a o Presidente da Assembleia da República, baixou, na generalidade, à Comissão de Saúde (9.^a), com conexão com a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.^a). Na sequência do pedido de reapreciação do despacho de determinação da comissão competente apresentado pela 9.^a Comissão, ao abrigo do artigo 130.º do RAR, a iniciativa foi objeto de redistribuição em 1 de março, tendo sido determinada como competente a 1.^a Comissão, que tem a responsabilidade de elaboração e aprovação do parecer, com conexão com a Comissão de Saúde (9.^a). O projeto de lei foi anunciado na reunião plenária de 24/02/2017.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

A Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, alterada e republicada pela [Lei n.º 43/2014, de 11 de julho](#), designada lei formulário, contém um conjunto de normas sobre a publicação, identificação e formulário dos diplomas que são relevantes em caso de aprovação da presente iniciativa, e que, por isso, deverão ser tidas em conta no decurso do processo da especialidade na Comissão, em particular aquando da redação final.

Assim, em conformidade com disposto no n.º 2 do artigo 7.º da lei supra referida, o projeto de lei em apreciação apresenta um título que traduz sinteticamente o seu objeto, indicando que “Regula o acesso à morte medicamente assistida”.

Refira-se, por outro lado, que o n.º 1 do artigo 6.º da lei formulário estipula que “os diplomas que alterem outros devem indicar o número de ordem da alteração introduzida e, caso tenha havido alterações anteriores, identificar aqueles diplomas que procederam a essas alterações, ainda que incidam sobre outras normas”, menção que, de acordo com as regras de legística formal, deve constar do título do ato normativo.

A iniciativa *sub judice* pretende alterar o Código Penal, aprovado pelo [Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro](#), que, à data da elaboração desta nota técnica, foi objeto de 42 alterações. De facto, após consulta da base Digesto, verificou-se que foi alterado pela Lei n.º 6/84, de 11 de maio, pelos Decretos-Leis n.ºs 101-A/88, de 26 de março, 132/93, de 23 de abril, e 48/95, de 15 de março, pelas Leis n.ºs 90/97, de 30 de julho, 65/98, de 2 de setembro, 7/2000, de 27 de maio, 77/2001, de 13 de julho, 97/2001, 98/2001, 99/2001 e 100/2001, de 25 de agosto, e 108/2001, de 28 de novembro, pelos Decretos-Leis n.ºs 323/2001, de 17 de dezembro, e 38/2003, de 8 de março, pelas Leis n.ºs 52/2003, de 22 de agosto, e 100/2003, de 15 de novembro, pelo Decreto-Lei n.º 53/2004, de 18 de março, pelas Leis n.ºs 11/2004, de 27 de março, 31/2004, de 22 de julho, 5/2006, de 23 de fevereiro, 16/2007, de 17 de abril, 59/2007, de 4 de setembro, 61/2008, de 31 de outubro, 32/2010, de 2 de setembro, 40/2010, de 3 de setembro, 4/2011, de 16 de fevereiro, 56/2011, de 15 de novembro, 19/2013, de 21 de fevereiro, e 60/2013, de 23 de agosto, pela Lei Orgânica n.º 2/2014, de 6 de agosto, pelas leis n.ºs 59/2014, de 26 de agosto, 69/2014, de 29 de agosto e 82/2014, de 30 de dezembro, pela Lei Orgânica n.º 1/2015, de 8 de janeiro, pelas Leis n.ºs 30/2015, de 22 de abril, 81/2015, de 3 de agosto, 83/2015, de 5 de agosto, 103/2015, de 24 de agosto, 110/2015, de 26 de agosto, 39/2016, de 19 de dezembro, e 8/2017, de 3 de março.

Em face do exposto, de forma a dar cumprimento ao aludido n.º 1 do artigo 6.º da lei-formulário, em caso de aprovação da presente iniciativa, sugere-se o seguinte título:

“Regula o acesso à morte medicamente assistida e procede à quadragésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro”¹.

¹ A quadragésima segunda alteração ao Código Penal foi promovida pela Lei n.º 8/2017, de 3 de março, que “Estabelece um estatuto jurídico dos animais, alterando o Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de novembro de 1966, o Código de Processo Civil, aprovado pela Lei n.º 41/2013, de 26 de junho, e o Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro”. Atendendo ao facto de a lei em causa introduzir alterações a três códigos, na

De igual modo, deve o artigo 32.º (Alteração ao Código Penal) do projeto de lei em apreço elencar os diplomas que introduziram alterações ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro.²

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 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.

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.

A respetiva entrada em vigor ocorrerá no prazo de 30 dias a contar da data da sua publicação, nos termos do disposto no artigo 34.º do projeto de lei, mostrando-se conforme com o n.º 1 do artigo 2.º da referida lei, que determina 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*”.

Na presente 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 expressão “morte assistida” tem vindo a ser entendida como abarcando a eutanásia ativa e o suicídio assistido, que constituem 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 foi já feito em estudo comparativo da DILP, justamente intitulado “Eutanásia e suicídio assistido”.

Relembremos aqui, com maior 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 meia dúzia de 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

formação do título optou-se por não fazer menção ao número de ordem de alteração ao Código Penal por uma questão de uniformização, uma vez que as leis que têm vindo a alterar o Código Civil não têm essa referência e, por isso, por uma questão de segurança jurídica, não devia a mesma ser feita.

² O Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, constitui uma reforma do Código Penal, sem no entanto aprovar um novo código. Isso resulta claro, aliás, do seu artigo 1.º, que indica expressamente que “O Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro, é revisto e publicado em anexo”.

luz do artigo 133.º (como homicídio privilegiado) seja de acordo com o artigo 134.º (homicídio a pedido da vítima) do [Código Penal](#)^{3,4}

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 benevolência do legislador.

Penalistas como Manuel Lopes Maia Gonçalves⁵ 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).

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, na situação normal, ou

³ Texto consolidado retirado do portal eletrónico do Diário da República.

⁴ A doutrina divide-se em qual dos dois preceitos o ato se subsume.

⁵ “Manuel Lopes Maia Gonçalves, Código Penal Português, Anotado e Comentado – Legislação Complementar, 18.ª edição, 2007, Almedina”.

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](#)⁶, e [Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio](#)⁷).⁸

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.”*

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](#)⁹). Este direito, expressamente consagrado, tem importância fulcral para a compreensão da questão da

⁶ “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)”.

⁷ Regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

⁸ 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.

⁹ “Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde”.

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](#)¹⁰, 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.”*

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;*

¹⁰ 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 aprovava o Estatuto.

c) *Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.*”

Por seu turno, o artigo 138.º do [Estatuto da Ordem dos Médicos](#)¹¹ prevê o direito destes profissionais de saúde à objeção de consciência e o seu [Código Deontológico](#)¹² 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 57.º a 59.º).

Dispõem os preceitos pertinentes desse Código Deontológico, integrados num capítulo respeitante ao fim da vida, o seguinte:

“Capítulo III

O fim da vida

Artigo 57.º

(Princípio geral)

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 58.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 acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício.

2 - Os cuidados paliativos, com o objectivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nestas situações e a forma mais condizente com a dignidade do ser humano.

Artigo 59.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 excepção 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.

¹¹ 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”).

¹² Também disponível em <https://dre.pt/application/file/a/3412761>.

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, nem 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, viria a consagrar a linha de orientação que já se detetava nos referidos 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)¹³.

- **Enquadramento doutrinário/bibliográfico**

Bibliografia específica

BARBOSA, Mafalda Miranda – Dignidade e autonomia a propósito do fim da vida. **O Direito**. Ano 148º (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

¹³ Versão consolidada retirada do Diário da República Eletrónico.

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].

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.

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 no domínio do direito tenha existido, desde há muitos anos, 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 do tema no plano da União Europeia**
- **Enquadramento internacional**

O enquadramento internacional da questão, no plano da comparação com legislação estrangeira, foi já feito 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 telegráfica, relativos a 32 diferentes ordenamentos jurídicos.

Para além disso, as observações constantes da exposição de motivos do projeto de lei são muito detalhadas e 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](#).

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 até 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 de uma [lei geral sobre saúde](#)¹⁴ proíbe expressamente a prática da eutanásia relativamente a seres humanos,¹⁵ a qual é punida, pois, como crime de homicídio (previsto no artigo 115.º do [Código Penal](#)¹⁶).

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

¹⁴ Que, na versão em inglês encontrada, se designa por *Health Act*.

¹⁵ 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.

¹⁶ Versão em inglês.

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).¹⁷

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.º¹⁸), 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

¹⁷ 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”.

¹⁸ A lei acautela também, nesse artigo, os casos de suprimimento da vontade de menores, pessoas com transtornos mentais, inabilitados e incapazes em geral.

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).¹⁹

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-se 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.²⁰

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).

¹⁹ 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.*

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.”*

²⁰ 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.*”

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 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.²¹

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.²²

Sem prejuízo do que atrás 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.²³

²¹ Para além da análise estrita do articulado da lei, servimo-nos ainda de respostas apresentadas pelo Parlamento espanhol no âmbito do CERDP.

²² 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 llegue 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.*”

²³ 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.

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*.”

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 perspetivas 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.

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, tão complicadas eticamente, 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. A título de curiosidade, 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 lei²⁴, 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.

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.

²⁴ Cujo texto pode ser verificado em <http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/Nether.abo.htm>.

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.

Outros países

Organizações internacionais

IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria

- **Iniciativas legislativas**

Efetuada consulta à base de dados da Atividade Parlamentar (AP), não foi identificada, neste momento, qualquer iniciativa legislativa pendente sobre matéria idêntica.

- **Petições**

Consultada a base de dados da Atividade Parlamentar (AP), identificou-se a seguinte petição sobre matéria conexa, em apreciação na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias:

- [Petição n.º 250/XIII/2.ª](#) – (Federação Portuguesa pela Vida) - Toda a Vida Tem Dignidade.

V. Consultas e contributos

A Comissão promoveu, em 09 de março de 2017, a consulta escrita obrigatória 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), Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, 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 Internet da iniciativa](#).

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

Em face da informação disponível não é possível determinar os encargos resultantes da eventual aprovação da presente iniciativa legislativa, no entanto, é possível que a criação da Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei possa implicar a existência das despesas necessárias ao seu funcionamento, embora o projeto de lei não faça qualquer referência, nomeadamente, à eventual retribuição dos seus membros.