



# Nota Técnica

## Projeto de Lei n.º 565/XIII/2.ª CDS-PP

### **Direitos das pessoas doentes em fim de vida**

Data de admissão: 3 de julho de 2017

Comissão de Saúde (9.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: Luisa Veiga Simão e Catarina Lopes (DAC), Lurdes Sauane (DAPLEN), José Manuel Pinto (DILP) e Paula Faria (Biblioteca)

Data: 5 de setembro de 2017

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

O Grupo Parlamentar do CDS-PP apresentou o Projeto de Lei n.º 565/XIII/2.<sup>a</sup>, que tem por objeto (artigo 1.º) o estabelecimento de «*um conjunto de direitos das pessoas doentes, quando no contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada, e prevendo medidas para a realização dos respetivos direitos*». Prevê igualmente os direitos dos familiares das pessoas doentes.

O artigo 2.º deste PJI é sobre o âmbito de aplicação da lei e define o que se considera ser uma pessoa em contexto de doença avançada e em fim de vida. O artigo 3.º consagra os direitos à informação e tratamento de quem está nestas circunstâncias.

O direito dos doentes a não serem alvo de distanásia, através de obstinação terapêutica e diagnóstica, está tratado no artigo 4.º e a forma como deve ser prestado o consentimento informado é referida no artigo 5.º.

Os artigos 6.º e 7.º do PJI incidem sobre os cuidados paliativos, explicando o que está integrado neste conceito e por quem devem ser prestados, e enquadrando os direitos específicos daqueles que estão com prognóstico vital breve, estimado em semanas ou dias.

Existe ainda uma previsão dos direitos não clínicos, designadamente os respeitantes à realização do testamento vital, à confidencialidade da informação clínica, à disposição do corpo e órgãos após a morte, à designação de representante ou procurador e ao recebimento dos apoios e prestações sociais que sejam devidos (artigo 8.º).

As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, se assim o consentirem, podem ser assistidas pelos seus familiares ou cuidadores nas decisões que tomam sobre o seu processo terapêutico e, não se encontrando no pleno uso das suas faculdades mentais, caso não tenham dado esse consentimento, serão as decisões tomadas pelo médico, ouvida a família e restante equipa de saúde (artigo 9.º). Havendo divergências, é facultado aos doentes, ou seus representantes legais, o acesso aos conselhos de ética das entidades prestadoras dos cuidados de saúde ou aos órgãos competentes, em matéria de ética, das Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros (artigo 10.º).

As disposições finais do artigo 11.º dispõem que esta lei não prejudica a aplicação do regime jurídico relativo às diretivas antecipadas de vontade, na área da saúde.

Fundamenta-se este Projeto de Lei, de acordo com o CDS-PP, na defesa do princípio, com assento constitucional, de que a vida humana é inviolável, na promoção da dignidade humana, no pressuposto de que a autonomia e liberdade individuais têm de ser enquadrados na vida em sociedade, sociedade que não pode ficar indiferente ao sofrimento e que tem obrigação de intervir.

O CDS-PP reafirma que os doentes em sofrimento devem ter acesso aos cuidados paliativos, qualquer que seja o seu prognóstico, cuidados que implicam também o apoio às famílias dos doentes, reiterando a sua posição «*a favor da proteção da vida e contra a eutanásia*», mas condenando a prática da obstinação terapêutica, como decorre já hoje dos códigos deontológicos dos profissionais de saúde.

## 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 presente iniciativa é apresentada Grupo Parlamentar do Partido Popular (CDS-PP), no âmbito do poder de iniciativa da lei, em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo 167.º da **Constituição** e no artigo 118.º do **Regimento da Assembleia da República (Regimento)**. Exercer a iniciativa da lei é um dos poderes dos Deputados [alínea b) do artigo 156.º da Constituição e alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento] e um dos direitos dos grupos parlamentares [alínea g) do artigo 180.º da Constituição e alínea f) do artigo 8.º do Regimento].

A iniciativa toma a forma de projeto de lei, porque é exercida pelos Deputados ou grupos parlamentares, está redigida sob a forma de artigos, tem uma designação que traduz o seu objeto, é precedida de uma exposição e é subscrita por dezassete Deputados, em conformidade com os requisitos formais respeitantes às iniciativas em geral [n.º 1 do artigo 119.º e alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 124.º do Regimento] e aos projetos de lei, em particular (n.º 1 do artigo 123.º do Regimento).

Não se verifica violação aos limites da iniciativa impostos pelo Regimento, no que respeita ao disposto no n.º 1 do artigo 120.º (não infringe a Constituição e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa).

No entanto, há que acautelar a não violação do princípio conhecido com a designação de «*lei – travão*» consagrado no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição e também previsto no n.º 2 do artigo 120.º do Regimento com a designação de «*Limites da iniciativa*». Este princípio impede a apresentação de iniciativas que «*envolvam, no ano económico em curso, aumento das despesas ou diminuição das receitas do Estado previstas no Orçamento*».

A aprovação desta iniciativa pode eventualmente implicar um aumento das despesas do Estado previstas no Orçamento, designadamente, ao estabelecer no artigo 6.º que «*As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a receber através do SNS cuidados paliativos, com o âmbito e pela forma previstos na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*».

Assim, no sentido de impedir a violação do limite imposto pelas disposições da Constituição e do Regimento que consagram o princípio designado por «*lei-travão*», deve acautelar-se a disposição sobre a entrada em vigor, para que a presente lei entre em vigor com a aprovação do Orçamento do Estado subsequente à sua aprovação.

A iniciativa deu entrada a 30 de junho, foi admitida a 3 de julho e anunciada a 5 do mesmo mês. Foi discutida na generalidade na sessão plenária de 6 de julho de 2017, data do agendamento potestativo solicitado pelos proponentes. Baixou à Comissão de Saúde, para apreciação na especialidade.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

O projeto de lei em apreciação, que aprova «*Direitos das pessoas doentes em fim de vida*», tem um título que traduz o seu objeto, mostrando-se em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 7.º da

lei formulário (*Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, alterada e republicada pela [Lei n.º 43/2014, de 11 de julho](#), que estabelece um conjunto de normas sobre a publicação, a identificação e o formulário dos diplomas*).

Em caso de aprovação, a iniciativa em apreço toma 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.

Não tendo disposição de entrada em vigor deve respeitar o disposto no n.º 1 do artigo 2.º da lei referida, que determina que «*Os atos legislativos e os outros atos de conteúdo genérico 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**

O projeto de lei sob análise, fundamentado na posição dos seus autores «*a favor da proteção da vida e contra a eutanásia*», apresenta-se, assim, como simétrico das iniciativas legislativas apresentadas no sentido oposto de legalizar a «*morte assistida*», expressão com a qual tendemos a abarcar a eutanásia ativa e o suicídio assistido, como formas de antecipar a morte de um doente padecendo de doença grave, avançada, progressiva, incurável e irreversível – para utilizar alguns dos adjetivos utilizados pelo projeto - que lhe provoca sofrimento atroz e muito provavelmente a morte a relativamente curto prazo.

Basicamente, o quadro legislativo nacional em vigor onde o projeto de lei se move foi já identificado em dossiê da DILP intitulado «[Eutanásia e Suicídio Assistido](#)» e é agora, na presente nota técnica, relembado brevemente.

A começar pelo quadro normativo superior, dir-se-á que a disposição constitucional mais pertinente, citada na exposição de motivos do projeto, é o n.º 1 do artigo 24.º da [Constituição](#), segundo o qual «*a vida humana é inviolável*».

Partindo da distinção entre as diferentes formas de eutanásia, explicada no referido dossiê temático, sublinha-se 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](#)<sup>1,2</sup>.

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

<sup>1</sup> Texto consolidado retirado do portal eletrónico do *Diário da República* (DRE).

<sup>2</sup> A doutrina divide-se em qual dos dois preceitos o ato se subsume.

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 Gonçalves<sup>3</sup> 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<sup>4</sup> 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 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»*.

Não tendo embora Portugal descriminalizado a prática da eutanásia e do suicídio assistido em relação a pessoas em estado de doença terminal, já admite, porém, o testamento vital. Este 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*

<sup>3</sup> «Manuel Lopes Maia Gonçalves, Código Penal Português, Anotado e Comentado – Legislação Complementar, 18.ª edição, 2007, Almedina».

<sup>4</sup> Embora seja suscetível de ser considerada, na ótica da deontologia dos médicos, uma infração disciplinar.

*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](#)<sup>5</sup>, e [Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio](#)<sup>6</sup>).<sup>7</sup>

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](#)<sup>8-9</sup>). Este direito, expressamente consagrado, tem importância fulcral para a compreensão da questão da eutanásia passiva, permitida nos casos em que o doente declare não pretender continuar com os tratamentos.

<sup>5</sup> «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)».

<sup>6</sup> «Regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)».

<sup>7</sup> A propósito da conformação do instituto das diretivas antecipadas da vontade, esta legislação acaba por definir também, indiretamente, a ortotonásia e a distonásia, descriminalizando-as.

<sup>8</sup> «Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde».

<sup>9</sup> O projeto de lei, consagrando mais direitos dos utentes dos serviços de saúde, engrossaria, assim, o elenco que consta da Lei n.º 15/2014.

De entre as normas deontológicas vinculativas para os profissionais de saúde, sublinhamos as que constam do [Estatuto dos Enfermeiros](#)<sup>10</sup>, 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:

*«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.»*

*«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;*

---

<sup>10</sup> 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.

*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](#)<sup>11</sup> prevê o direito destes profissionais de saúde à objeção de consciência e o seu [Código Deontológico](#)<sup>12</sup> 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.*

<sup>11</sup> 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»).

<sup>12</sup> 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)<sup>13</sup>.

- **Enquadramento doutrinário/bibliográfico**

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

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**. Madrid. ISSN 0211-5743. 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

<sup>13</sup> Versão consolidada retirada do DRE.

direito a uma morte digna à luz das decisões judiciais mais recentes do Tribunal de Estrasburgo e do Supremo Tribunal do Canadá.

COUTO, Gilberto – **A eutanásia descodificada: um guia para o debate-referendo**. Lisboa: Partenon, 2016. ISBN 978-989-8845-00-9. Cota: 28.41 – 77/2017

Resumo: «*Neste livro, faz-se uma avaliação crítica dos argumentos a favor e contra a eutanásia (ou «morte assistida»), de forma simples, mas não superficial, de modo que o leitor possa formar e fundamentar a sua própria opinião sobre um assunto que interessa (ou interessará) a todos*». Segundo o autor urge tornar acessível, a todos quantos dela precisarem, uma rede de cuidados continuados e paliativos de elevada qualidade.

O autor manifesta-se a favor da morte assistida, colocando questões de grande atualidade, tais como: quais as opções com que seremos confrontados quando e se num processo de morte sob «*sufrimento intolerável*». Poderá uma pessoa, nestas circunstâncias, consciente e livremente escolher ser ajudada a terminar com a sua vida?

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

Resumo: Esta obra organizada por Isabel Galriça Neto, Diretora da Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados do Hospital da Luz, e prefaciada por Marcelo Rebelo de Sousa, reúne inúmeros testemunhos de pessoas que têm vivido por dentro e em diferentes âmbitos a realidade dos cuidados paliativos (profissionais, voluntários, pessoas doentes e seus familiares) e alerta para a necessidade de oferecer mais e melhores cuidados de saúde especializados aos que deles necessitam, numa mudança premente de atitudes que dignifique o final de vida.

Isabel Galriça Neto 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**. Braga. ISSN 0870-8185. 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-doente. 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 de 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.

LEGEMAATE, Johan; BOLT, Ineke – The dutch eutanásia act: recente legal developments. **European Journal of health law**. Dordrecht. ISSN 0929-0273. 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. ISBN 978-989-8662-04-0. 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**. Madrid. ISSN 0211-5743. Ano 30, nº 89 (mayo/agosto 2010). p. 11-43. Cota: 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.

UNIÃO EUROPEIA. Parlamento Europeu - **Palliative care in the European Union** [Em linha] Brussels: European Parliament, 2008. [Consult. 28 ago. 2017]. Disponível em: WWW:<URL:[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/JOIN/2008/404899/IPOLENTVI\\_ET\(2008\)404899\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/JOIN/2008/404899/IPOLENTVI_ET(2008)404899_EN.pdf)

Resumo: A essência dos cuidados paliativos está em saber cuidar e acompanhar os doentes terminais e as suas famílias até ao fim, prestando-lhes os cuidados de saúde mais adequados. Os cuidados paliativos constituem um campo multifacetado que deve gerir o alívio da dor, o controle de sintomas, as questões existenciais e emocionais e o aconselhamento sobre o sofrimento. Enfrentar essas necessidades de forma sensível e coordenada requer uma equipa multidisciplinar para cada paciente, envolvida na promoção da qualidade de vida, da dignidade humana e na redução do sofrimento no fim da vida. As conhecidas alterações demográficas, que estão a ocorrer na União Europeia, implicam o recurso cada vez maior a este tipo de cuidados, o que se traduz numa necessidade acrescida de utilizar recursos (humanos e financeiros) de forma eficiente para garantir a melhor qualidade possível de atendimento, devendo os profissionais ser treinados e os doentes consultados e respeitados.

Este relatório avalia o desenvolvimento dos cuidados paliativos nos 27 Estados-Membros da UE, particularmente nos últimos anos, analisando desafios persistentes, destacando práticas nacionais que podem servir de modelo para outros países europeus e identificando canais para se poder avançar mais neste domínio.

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 exista, 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 a 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**

De acordo com o artigo 168.º do [Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia](#), os Estados-Membros são responsáveis pela organização dos serviços de saúde, podendo a ação da União Europeia completar as políticas nacionais, nomeadamente através do estabelecimento da cooperação entre os Estados e da criação de linhas orientadoras e indicadores que permitam a troca de boas práticas.

No âmbito desta iniciativa, e no que se refere especificamente aos cuidados paliativos, a Comissão Europeia tem apoiado diversas iniciativas, das quais se destaca o [Programa de ação da União no domínio da saúde](#) (neste momento, para o período 2014-2020), através do qual foi financiado, no primeiro programa 2008-2013, o projeto relativo ao estudo de melhores práticas para os cuidados paliativos na Europa.

O Parlamento Europeu adotou resoluções no sentido da necessidade de prestar cuidados aos doentes terminais, invocando o direito à dignidade da pessoa humana, de que é exemplo a [Resolução sobre o respeito dos Direitos do Homem na União Europeia](#) e que convida os Estados-Membros a *darem prioridade à criação de unidades de cuidados paliativos destinados a acompanhar os doentes em fase terminal*.

Em 2003, o Conselho da Europa adotou uma [recomendação](#) relativa à organização dos cuidados paliativos, utilizada pela Comissão Europeia no trabalho a desenvolver com os Estados-Membros nesta área.

Mais recentemente foram colocadas à Comissão Europeia [questões](#) sobre cuidados paliativos, sendo estes sobretudo discutidos no âmbito do apoio aos doentes de cancro.

Outras informações sobre cuidados paliativos no âmbito da União Europeia, assim como os relatórios nacionais sobre o tema nos diferentes Estados-Membros, incluindo Portugal, podem ser encontradas no estudo pedido pela Comissão de Ambiente, Saúde Pública e Segurança Alimentar do Parlamento Europeu intitulado [Palliative Care in the European Union](#).

Sobre o consentimento informado, a [Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia](#) dispõe, no na alínea b) do n.º 2 do seu artigo 3.º que todas as pessoas têm o direito ao respeito pela sua integridade física e mental e que, no domínio da medicina e da biologia, devem ser respeitados, designadamente, o consentimento livre e esclarecido da pessoa.

- **Enquadramento internacional**

O enquadramento internacional da questão, no plano da comparação com legislação estrangeira, foi já feito pela DILP no dossiê com o título [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, pelo que nos dispensamos de quaisquer considerações adicionais sobre o tema.

Nesta nota técnica são apenas lembrados exemplos de três países europeus com orientações diferentes, já tratados nesse dossiê comparativo: 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 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 países: Bulgária, Espanha e Holanda.

### BULGÁRIA

O artigo 97.º de uma [lei geral sobre saúde](#)<sup>14</sup> proíbe expressamente a prática da eutanásia relativamente a seres humanos,<sup>15</sup> a qual é punida como crime de homicídio (previsto no artigo 115.º do [Código Penal](#)<sup>16</sup>).

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).<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Que, na versão em inglês encontrada, se designa por *Health Act*.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> Versão em inglês.

<sup>17</sup> 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 utente a que todas as atividades médicas sejam realizadas com o seu consentimento expresso (artigo 87.º<sup>18</sup>), salvo em determinadas circunstâncias previstas especialmente na lei (conforme admitido no artigo 91.º), o n.º 1 do artigo 95.º determina que este 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, em estabelecimentos médicos para atendimento ambulatorio e hospitalar, em dispensários e em 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 visando 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 e 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).<sup>19</sup>

---

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

<sup>19</sup> 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.

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 por parte do doente, 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.<sup>20</sup>

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 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.<sup>21</sup>

---

*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.»*

<sup>20</sup> 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.*»

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

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.<sup>22</sup>

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 aprovada 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.<sup>23</sup>

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.

---

<sup>22</sup> 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.*»

<sup>23</sup> 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*.»

A desresponsabilização 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 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 do que 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 fiquem 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 sobre a 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 relativamente a uma 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 onde esteja escrito «*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 lei<sup>24</sup>, 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 com a nacionalidade holandesa podem solicitar a eutanásia e a morte assistida.

#### **IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria**

Efetuada a consulta à base de dados da Atividade Parlamentar (AP), identifica-se, neste momento, como incidindo sobre matéria conexa, a seguinte iniciativa legislativa - [Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª PAN](#).

#### **V. Consultas e contributos**

A Comissão de Saúde poderá promover a audição, ou pedir parecer, ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), bem como à Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, responsável pela coordenação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

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

---

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

---

Não existe possibilidade de avaliar em concreto quais os encargos decorrentes da aplicação desta lei, mas é possível que garantir os direitos dos utentes, em conformidade com o disposto na presente iniciativa, venha a implicar algum aumento de despesa em saúde.

A ser assim, haverá que ter em conta o disposto no n.º 2 do artigo 120.º do Regimento, que impede a apresentação de iniciativas que «*envolvam, no ano económico em curso, aumento das despesas ou diminuição das receitas do Estado previstas no Orçamento*», princípio igualmente consagrado no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição e conhecido pela designação de «lei-travão». Se for esse o entendimento do legislador, poder-se-á sempre, em sede de especialidade, fazer coincidir a entrada em vigor da iniciativa, ou a sua produção de efeitos, com a do Orçamento do Estado subsequente, através da introdução no texto do projeto de uma norma de vigência que estipule nesse sentido.