

**Exmo. Senhor
Presidente da Assembleia da
República**

Registo

V. Ref.^a

Data

08-06-2022

ASSUNTO: Parecer sobre os Projetos de Lei n.ºs 5/XV/1 (BE), 74/XV (PS) e 83/XV/1(PAN)

Para os devidos efeitos, junto se envia o parecer relativo ao Projeto de Lei 5/XV/1 (BE) - Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal, Projeto de Lei 74/XV (PS) - Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal, e Projeto de Lei 83/XV/1 (PAN) - Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e procede à alteração do Código Penal, tendo as respetivas partes I e III sido aprovadas por unanimidade, na ausência do PAN, na reunião de 8 de junho de 2022 da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão,



(Fernando Negrão)



COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS, DIREITOS, LIBERDADES E GARANTIAS

PARECER

**PROJETO DE LEI N.º 5/XV/1.ª (BE) – REGULA AS CONDIÇÕES EM
QUE A MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA NÃO É PUNÍVEL E ALTERA
O CÓDIGO PENAL**

**PROJETO DE LEI N.º 74/XV/1.ª (PS) – REGULA AS CONDIÇÕES EM
QUE A MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA NÃO É PUNÍVEL, E ALTERA
O CÓDIGO PENAL**

**PROJETO DE LEI N.º 83/XV/1.ª (PAN) – REGULA AS CONDIÇÕES EM
QUE A MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA NÃO É PUNÍVEL E PROCEDE
À ALTERAÇÃO DO CÓDIGO PENAL**

PARTE I – CONSIDERANDOS

1. Nota introdutória

O Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda (BE) tomou a iniciativa de apresentar à Assembleia da República, em 29 de março de 2022, o **Projeto de Lei n.º 5/XV/1.ª – «Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal»**.

Posteriormente, a 17 de maio de 2022, um grupo de Deputados do Grupo Parlamentar do Partido Socialista (PS) tomou a iniciativa de apresentar à Assembleia da República o **Projeto de Lei n.º 74/XV/1.ª – «Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal»**.

E a 20 de maio de 2022, a Deputada única representante do Partido-Animais-Natureza (PAN) tomou a iniciativa de apresentar à Assembleia da República o **Projeto de Lei n.º 83/XV/1.ª – «Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e procede à alteração do Código Penal»**.

Estas apresentações foram realizadas de acordo com os requisitos formais de admissibilidade previstos na Constituição da República Portuguesa e no Regimento da Assembleia da República.



Por despachos de Sua Excelência o Presidente da Assembleia da República, o Projeto de Lei n.º 5/XV/1.ª (BE), o Projeto de Lei n.º 74/XV/1.ª (PS) e o Projeto de Lei n.º 83/XV/1.ª (PAN) baixaram à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias – comissão competente – a 8 de abril, 18 de maio e 23 de maio de 2022, respetivamente, sendo que o Projeto de Lei n.º 5/XV/1.ª (BE) o fez em conexão com a Comissão de Saúde.

Para o Projeto de Lei n.º 5/XV/1.ª (BE) foram pedidos pareceres ao Conselho Superior do Ministério Público, em 20 de abril de 2022, e ao CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e à Ordem dos Psicólogos, em 3 de maio de 2020. Por outro lado, foram recebidos pareceres da Ordem dos Advogados, do Conselho Superior da Magistratura, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, respetivamente em 6, 12, 19 e 20 de maio de 2022, e ainda um contributo da advogada Dra. Teresa de Melo Ribeiro em 13 de abril de 2022.

Quanto aos Projetos de Lei n.ºs 74/XV/1.ª (PS) e 83/XV/1.ª (PAN), em 1 de junho de 2022, foram pedidos pareceres ao Conselho Superior da Magistratura, ao Conselho Superior do Ministério Público, à Ordem dos Advogados, ao CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, à Ordem dos Enfermeiros, à Ordem dos Psicólogos e à Ordem dos Médicos.

Todos os projetos objeto deste parecer foram acompanhados das respetivas fichas de avaliação prévia de impacto de género.

2. Objeto, conteúdo e motivação das iniciativas

- **Projeto de Lei n.º 5/XV/1.ª (BE) – «*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal*»**

O Projeto de Lei n.º 5/XV/1.ª é a terceira iniciativa que o BE apresenta à Assembleia da República sobre a morte medicamente assistida, sendo que os Deputados começam precisamente por considerar que «*o processo legislativo para regular as condições em que a morte medicamente assistida não é punível já é longo*», e que «*iniciado por um grande debate público (que teve vários aprofundamentos ao longo do tempo, no parlamento e na sociedade portuguesa), congregou em diversos momentos uma maioria de deputadas e deputados na Assembleia da República.*»

Na exposição de motivos, frisam que se trata de «*um processo rico*», que «*tornou claro que não é aceitável, à luz de um princípio geral de tolerância e da articulação constitucional entre direito à vida, direito à autodeterminação pessoal e direito ao livre*

desenvolvimento da personalidade, negar o direito de, dentro de um quadro legal rigorosamente delimitado, se ver atendido o pedido para antecipação da morte sem que tal gere a penalização dos profissionais de saúde que, fieis ao comando de acompanhar os seus pacientes até ao fim, ajudem à satisfação de um tal pedido.»

Recordando que o processo legislativo em causa «ficou perto da conclusão na XIV Legislatura», os Deputados do BE afirmam que «o texto jurídico que resultou do processo de especialidade dos Projetos de Lei n.ºs 4/XIV/1.ª (BE), 67/XIV/1.ª (PAN), 104/XIV/1.ª (PS), 168/XIV/1.ª (PEV) e 195/XIV/1.ª (IL), e que culminou com o Decreto da Assembleia da República 199/XIV é, pois, a base substancial da presente iniciativa.»

Mais acrescentam que «as pequeníssimas alterações que a esse texto são feitas decorrem da superação das objeções colocadas no veto presidencial de 29 de novembro de 2021. Na verdade, só formalmente se inicia um processo legislativo com esta iniciativa pois a sua substância advém totalmente do percurso, debate e diálogo realizado na XIV Legislatura. Contudo, para eliminar qualquer indeterminação jurídica que poderia advir de, numa nova legislatura, se proceder à superação de um veto presidencial que transita de uma legislatura anterior, é apresentada esta iniciativa legislativa.»

Efetivamente, onde em iniciativas anteriores se lia a formulação alternativa “doença grave ou incurável” ou a cumulativa “doença incurável e fatal”, passa agora a ler-se cumulativamente “doença grave e incurável” (artigo 2.º - Definições, entre outros). Igualmente, onde anteriormente se aludia à “natureza incurável da doença ou a condição definitiva da lesão”, passa a dispor-se sobre a “natureza grave e incurável da doença ou a condição definitiva e de gravidade extrema da lesão” (artigo 6.º - Confirmação por médico especialista, entre outros).

Assim, a iniciativa do BE visa regular as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal, propondo, para os efeitos, no art.º 2.º do ‘Capítulo I – Disposições gerais’, as definições de ‘Morte medicamente assistida’, ‘Suicídio medicamente assistido’, ‘Eutanásia’, ‘Doença grave e incurável’, ‘Lesão definitiva de gravidade extrema’, ‘Sofrimento’, ‘Médico orientador’ e ‘Médico especialista’.

Considera-se que morte medicamente assistida não punível será a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, e quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde. E como legítimos apenas os pedidos de morte medicamente assistida apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional.

A morte medicamente assistida poderá ocorrer 1) por suicídio medicamente assistido ou 2) por eutanásia, sendo que o pedido subjacente à decisão prevista no 1) obedece a

procedimento clínico e legal, de acordo com o disposto na presente iniciativa, e pode ser livremente revogado a qualquer momento, nos termos do seu artigo 12.º.

O ‘Capítulo II – Procedimento’ abrange a ‘Abertura do procedimento clínico’, ‘Parecer do médico orientador’, ‘Confirmação por médico especialista’, ‘Confirmação por médico especialista em psiquiatria’, ‘Parecer da Comissão de Verificação e Avaliação’, ‘Concretização da decisão do doente’, ‘Administração dos fármacos letais’, ‘Decisão pessoal e indelegável’, ‘Revogação’, ‘Locais autorizados’, ‘Acompanhamento’ ‘Verificação da morte e certificação do óbito’, ‘Registo Clínico Especial’ (RCE) e ‘Relatório Final’.

Os proponentes começam por estipular as normas para o pedido de abertura do procedimento clínico de antecipação da morte, propondo que não sejam admitidos os pedidos de doentes sujeitos a processo judicial para aplicação do regime do maior acompanhado, enquanto o mesmo se encontrar pendente, e que ao doente deva sempre ser garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos.

O médico orientador deverá emitir parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos na lei e prestar-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, bem como sobre os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e sobre o respetivo prognóstico. Apenas após este processo se verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada.

O BE propõe que tanto a informação e o parecer prestados pelo médico, como a declaração do doente, assinados por ambos, integrem o RCE, e que, caso o parecer do médico orientador não seja favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso seja cancelado e dado por encerrado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura.

Após o parecer favorável do médico orientador, propõe-se proceder à consulta de outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, e cujo parecer deverá confirmar ou não que estão reunidas as condições, bem como o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza grave e incurável da doença ou a condição definitiva e de gravidade extrema da lesão. O parecer fundamentado do médico especialista deverá também ser emitido por escrito, datado e assinado por ele e deverá integrar o RCE.

Caso este parecer não seja favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso será cancelado e dado por encerrado e o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador. No caso de parecer favorável por parte do médico especialista, o médico orientador deverá informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que deverá novamente verificar se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, e, juntamente com o



parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE.

Se o doente padecer de mais do que uma lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, o médico orientador deverá decidir qual a especialidade médica a consultar.

Propõe-se depois que seja obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, sempre que existam dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte revelando uma vontade séria, livre e esclarecida, ou sempre que se admita que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões. O procedimento deverá ser cancelado e o doente informado da decisão e dos seus fundamentos se o médico especialista em psiquiatria confirmar qualquer uma das situações referidas anteriormente. Tal como nas outras situações, o parecer do médico especialista em psiquiatria deverá ser emitido por escrito, datado e assinado pelo próprio e integrar o RCE.

A avaliação necessária para a elaboração do parecer referido envolve, sempre que a condição específica do doente assim o exija, a colaboração de um especialista em psicologia clínica.

Se o parecer do médico especialista em psiquiatria for favorável, deverão ser aplicados os procedimentos especificados anteriormente em casos similares.

Quando os pareceres forem favoráveis, e quando estiver reconfirmada a vontade do doente, deverá ser remetida cópia do RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA), proposta no artigo 24.º, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, que deve ser elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis.

Em caso de dúvidas da CVA, esta deve convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários. Em caso de parecer desfavorável da CVA, o procedimento em curso é cancelado, podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos especificados anteriormente. Devem neste caso ser seguidos os procedimentos anteriormente especificados relativos à informação prestada ao doente.

No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, hora, local e método a utilizar para a antecipação da morte, devendo informar e esclarecer o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade

exclusiva do doente. Esta decisão deve ser consignada por escrito, datada e assinada pelo doente, ou pela pessoa por si designada, e integrada no RCE.

Propõe-se que após consignação da decisão, o médico orientador remeta cópia do RCE respetivo para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), podendo esta acompanhar presencialmente o procedimento de concretização da decisão do doente.

Se o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão.

Passando depois à fase de administração de fármacos letais, o projeto do BE propõe que esta seja feita, obrigatoriamente, em presença do médico orientador e outro profissional de saúde, podendo estar presentes outros profissionais de saúde por indicação do médico orientador, assim como pessoas indicadas pelo doente, desde que acauteladas condições clínicas e de conforto.

Deve mais uma vez confirmar-se se o doente mantém a vontade de antecipar a sua morte, na presença de uma ou mais testemunhas, devidamente identificadas no RCE, e caso tal não aconteça, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, o que é inscrito em documento escrito de acordo com os procedimentos anteriormente especificados.

Propõe-se na iniciativa que a decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte seja estritamente pessoal e indelegável, podendo ser substituído por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito caso não reúna as faculdades necessárias. A pessoa designada pelo doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório.

A revogação do pedido de antecipar a morte cancela o procedimento clínico em curso, devendo a decisão ser inscrita no RCE pelo médico orientador.

Quanto aos locais autorizados, a escolha para a prática da morte medicamente assistida caberá ao doente, sendo que, preferencialmente, pode ser praticada nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado.

Caso o doente escolha um local diferente dos referidos, o médico orientador deve certificar que o mesmo dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito.

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor, devendo as respetivas cópias ser arquivadas no RCE.

O projeto do BE passa depois ao RCE – que se inicia com o pedido de antecipação da morte redigido pelo doente, ou pela pessoa por si designada – e ao Relatório final, especificando-se os elementos que deles devem constar.

O ‘Capítulo III’ é dedicado aos ‘Direitos e deveres dos profissionais de saúde’, definindo quais os profissionais de saúde habilitados, quais os seus deveres, o sigilo profissional e confidencialidade da informação, a objeção de consciência e a responsabilidade disciplinar.

No ‘Capítulo IV’ abordam-se as questões de ‘Fiscalização e avaliação’, por parte da IGAS e da CVA, definindo-se, neste último caso, a sua composição e funcionamento, bem com a metodologia dos processos de verificação e avaliação.

O BE propõe que a CVA seja composta por cinco personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação da presente lei, nomeadamente: a) Um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura; b) Um jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público; c) Um médico indicado pela Ordem dos Médicos; d) Um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros; e) Um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

O ‘Capítulo V’ especifica as alterações legislativas previstas, nomeadamente as alterações aos artigos 134.º, 135.º e 139.º do Código Penal, seguindo-se, no ‘Capítulo VI’ as ‘Disposições finais e transitórias’, estipulando-se, entre outros, que o Governo aprova, no prazo máximo de 90 dias após a publicação da presente lei, a respetiva regulamentação, que nos dois primeiros anos de vigência da presente lei, a CVA deverá apresentar semestralmente à Assembleia da República um relatório de avaliação, e que a presente lei entrará em vigor 30 dias após a publicação da respetiva regulamentação.

- **Projeto de Lei n.º 74/XV/1.ª (PS) – «*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal*»**

O Projeto de Lei n.º 74/XV/1.ª, tal como no caso do BE, é a terceira iniciativa que um grupo de Deputados do Grupo Parlamentar do PS apresenta à Assembleia da República sobre a morte medicamente assistida.

Nele, os Deputados subscritores da iniciativa começam por frisar que «*O processo legislativo que regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível é reiniciado neste projeto-lei após o exercício de voto político pelo Senhor Presidente da República no final da última Legislatura.*»

Acrescentando que o referido voto interpela os Deputados do PS a «*clarificar o texto então aprovado por larguissima maioria na Assembleia da República, na medida em*

que a não uniformização formal de um conceito operativo importante colocaria dúvidas acerca do alcance normativo do diploma.»

No entanto, não pretendem os Deputados do PS «*retomar o longíssimo debate material que atravessou duas legislaturas, debate esse que foi aberto à sociedade com uma profundidade ímpar, mas de corresponder ao sentido do voto do Senhor Presidente da República.»*

Assim, e à semelhança do Projeto de Lei n.º 5/XV/1.ª (BE), também este projeto de um grupo de Deputados do PS resulta do processo de especialidade dos Projetos de Lei n.ºs 104/XIV/1.ª (PS), 168/XIV/1.ª 4/XIV/1.ª (BE), 67/XIV/1.ª (PAN), 168/XIV/1.ª (PEV) e 195/XIV/1.ª (IL), que, após Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 123/2021, foi alterado em conjunto pelos mesmos Partidos, a partir de uma proposta do GP PS, proposta essa que deu origem ao Decreto objeto do mencionado voto político.

Os Deputados do PS pretendem agora «*revisitar o texto comum com as alterações introduzidas em consequência do Acórdão do Tribunal Constitucional, desta feita corrigindo os aquilo que justificou o voto político do Presidente da República. Os equívocos formais ficam, pois, desfeitos com a uniformização em todos os preceitos do conceito de doença grave e incurável, aproveitando-se para empregar uniformemente, também, o conceito de morte medicamente assistida.»*

A iniciativa dos Deputados do PS visa regular as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal, propondo, para os efeitos, no art.º 2.º do ‘Capítulo I – Disposições gerais’, as definições de ‘Morte medicamente assistida’, ‘Suicídio medicamente assistido’, ‘Eutanásia’, ‘Doença grave e incurável’, ‘Lesão definitiva de gravidade extrema’, ‘Sofrimento de grande intensidade’, ‘Médico orientador’ e ‘Médico especialista’.

Considera-se que morte medicamente assistida não punível será a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, e quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde. E como legítimos apenas os pedidos de morte medicamente assistida apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional.

A morte medicamente assistida poderá ocorrer 1) por suicídio medicamente assistido ou 2) por eutanásia, sendo que o pedido subjacente à decisão prevista no 1) obedece a procedimento clínico e legal, de acordo com o disposto na presente iniciativa, e pode ser livremente revogado a qualquer momento, nos termos do seu artigo 12.º.

O ‘Capítulo II – Procedimento’ abrange a ‘Abertura do procedimento clínico’, ‘Parecer do médico orientador’, ‘Confirmação por médico especialista’, ‘Confirmação por médico especialista em psiquiatria’, ‘Parecer da Comissão de Verificação e Avaliação’,

‘Concretização da decisão do doente’, ‘Administração dos fármacos letais’, ‘Decisão pessoal e indelegável’, ‘Revogação’, ‘Locais autorizados’, ‘Acompanhamento’, ‘Verificação da morte e certificação do óbito’, ‘Registo Clínico Especial’ e ‘Relatório Final’.

Os proponentes começam por estipular as normas para o pedido de abertura do procedimento clínico de antecipação da morte, propondo que não sejam admitidos os pedidos de doentes sujeitos a processo judicial para aplicação do regime do maior acompanhado, enquanto o mesmo se encontrar pendente, e que ao doente deva sempre ser garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos.

O médico orientador deverá emitir parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos na lei e prestar-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, bem como sobre os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e sobre o respetivo prognóstico. Apenas após este processo se verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada.

Os Deputados do PS propõem que tanto a informação e o parecer prestados pelo médico, como a declaração do doente, assinados por ambos, integrem o RCE, e que, caso o parecer do médico orientador não seja favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso seja cancelado e dado por encerrado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura.

Após o parecer favorável do médico orientador, propõe-se proceder à consulta de outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, e cujo parecer deverá confirmar ou não que estão reunidas as condições, bem como o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza grave e incurável da doença ou a condição definitiva e de gravidade extrema da lesão. O parecer fundamentado do médico especialista deverá também ser emitido por escrito, datado e assinado por ele e deverá integrar o RCE.

Caso este parecer não seja favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso será cancelado e dado por encerrado e o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador. No caso de parecer favorável por parte do médico especialista, o médico orientador deverá informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que deverá novamente verificar se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, e, juntamente com o parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE.

Se o doente padecer de mais do que uma lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, o médico orientador deverá decidir qual a especialidade médica a consultar.

Propõe-se depois que seja obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, sempre que existam dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte revelando uma vontade séria, livre e esclarecida, ou sempre que se admita que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões. O procedimento deverá ser cancelado e o doente informado da decisão e dos seus fundamentos se o médico especialista em psiquiatria confirmar qualquer uma das situações referidas anteriormente. Tal como nas outras situações, o parecer do médico especialista em psiquiatria deverá ser emitido por escrito, datado e assinado pelo próprio e integrar o RCE.

A avaliação necessária para a elaboração do parecer referido envolve, sempre que a condição específica do doente assim o exija, a colaboração de um especialista em psicologia clínica.

Se o parecer do médico especialista em psiquiatria for favorável, deverão ser aplicados os procedimentos especificados anteriormente em casos similares.

Quando os pareceres forem favoráveis, e quando estiver reconfirmada a vontade do doente, deverá ser remetida cópia do RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida (CVA), proposta no artigo 24.º, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, que deve ser elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis.

Em caso de dúvidas da CVA, esta deve convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários. Em caso de parecer desfavorável da CVA, o procedimento em curso é cancelado, podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos especificados anteriormente. Devem neste caso ser seguidos os procedimentos anteriormente especificados relativos à informação prestada ao doente.

No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, hora, local e método a utilizar para a antecipação da morte, devendo informar e esclarecer o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente. Esta decisão deve ser consignada por escrito, datada e assinada pelo doente, ou pela pessoa por si designada, e integrada no RCE.

Propõe-se que após consignação da decisão, o médico orientador remeta cópia do RCE respetivo para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), podendo esta acompanhar presencialmente o procedimento de concretização da decisão do doente.



Se o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão.

Passando depois à fase de administração de fármacos letais, o projeto do BE propõe que esta seja feita, obrigatoriamente, em presença do médico orientador e outro profissional de saúde, podendo estar presentes outros profissionais de saúde por indicação do médico orientador, assim como pessoas indicadas pelo doente, desde que acauteladas condições clínicas e de conforto.

Deve mais uma vez confirmar-se se o doente mantém a vontade de requerer a morte medicamente assistida, na presença de uma ou mais testemunhas, devidamente identificadas no RCE, e caso tal não aconteça, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, o que é inscrito em documento escrito de acordo com os procedimentos anteriormente especificados.

Os Deputados do PS propõem, nesta iniciativa, que a decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte seja estritamente pessoal e indelegável, podendo ser substituído por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito caso não reúna as faculdades necessárias. A pessoa designada pelo doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório.

A revogação do pedido de antecipar a morte cancela o procedimento clínico em curso, devendo a decisão ser inscrita no RCE pelo médico orientador.

Quanto aos locais autorizados, a escolha para a prática da morte medicamente assistida caberá ao doente, sendo que, preferencialmente, pode ser praticada nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado.

Caso o doente escolha um local diferente dos referidos, o médico orientador deve certificar que o mesmo dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito.

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor, devendo as respetivas cópias ser arquivadas no RCE.

O projeto dos Deputados do PS passa depois ao Registo Clínico Especial (RCE) – que se inicia com o pedido de antecipação da morte redigido pelo doente, ou pela pessoa por si designada – e ao Relatório final, especificando-se os elementos que deles devem constar.

O ‘Capítulo III - Direitos e deveres dos profissionais de saúde’, define quais os profissionais de saúde habilitados, quais os seus deveres, o sigilo profissional e confidencialidade da informação, a objeção de consciência e a responsabilidade disciplinar.

No ‘Capítulo IV’ abordam-se as questões de ‘Fiscalização e avaliação’, por parte da IGAS e da CVA, definindo-se, neste último caso, a sua composição e funcionamento, bem com a metodologia dos processos de verificação e avaliação.

À semelhança do BE, também os Deputados do PS propõem que a CVA seja composta por cinco personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação da presente lei, nomeadamente: a) Um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura; b) Um jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público; c) Um médico indicado pela Ordem dos Médicos; d) Um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros; e) Um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

O ‘Capítulo V’ especifica as alterações legislativas previstas, nomeadamente as alterações aos artigos 134.º, 135.º e 139.º do Código Penal, seguindo-se, no ‘Capítulo VI’ as ‘Disposições finais e transitórias’, estipulando-se, entre outros, que o Governo aprova, no prazo máximo de 90 dias após a publicação da presente lei, a respetiva regulamentação, que nos dois primeiros anos de vigência da presente lei, a CVA deverá apresentar semestralmente à Assembleia da República um relatório de avaliação, e que a presente lei entrará em vigor 30 dias após a publicação da respetiva regulamentação.

- **Projeto de Lei n.º 83/XV/1.ª (PAN) – «*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e procede à alteração do Código Penal*»**

À semelhança dos dois casos anteriores, também esta é a terceira vez que o PAN apresenta à Assembleia da República uma iniciativa sobre a mortemediamente assistida.

Na ‘Exposição de motivos’, a Deputada única representante do PAN começa por salientar as evoluções da ciência e da medicina e as suas consequências na longevidade humana, referindo um Relatório recente da Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual Portugal surge com uma esperança média de vida de 81,1 anos, com tendência para crescer.

No entanto, acrescenta, «*Apesar dos inúmeros avanços da medicina, existem, porém, ainda muitas doenças ou lesões que permanecem sem cura. Ainda que seja inevitável, parece existir na nossa sociedade um certo receio em discutir questões relacionadas com o fim de vida, tema este cuja complexidade e diferentes sensibilidades se reconhece.*

A existência de alta tecnologia na medicina moderna, por possibilitar o aumento do número de anos de vida, coloca novos desafios, como a necessidade de estabelecimento de critérios para uma boa prática clínica numa fase final da vida, de prestação de todos os cuidados médicos que se afigurem necessários e a também a discussão em torno da questão da morte medicamente assistida, em face das contraposições entre a quantidade e a qualidade de vida.»

Frisando que o PAN sempre mostrou interesse em discutir o tema da morte medicamente assistida, tema que consta dos seus programas eleitorais às últimas eleições legislativas, a Deputada única representante daquele Partido afirma que «*Por sermos favoráveis à autodeterminação, e no respeito pela autonomia e liberdade, por entendermos que esta matéria já foi profundamente discutida na anterior legislatura e por existir nesta nova legislatura uma maioria política favorável à consagração da não-punibilidade da morte medicamente assistida, decidimos trazer novamente este tema a debate. Acreditamos que esta representa a vontade maioritária da sociedade.»*

Nos argumentos e motivos justificativos da presente iniciativa, o PAN configura a morte medicamente assistida «*como o ato de antecipar a morte que ocorre por decisão da própria pessoa, em exercício do seu direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde, quando não existem quaisquer perspetivas de cura.»*

Assim, a morte medicamente assistida pode, de acordo com o PAN, concretizar-se de duas formas: «*eutanásia, quando o fármaco letal é administrado por um médico, e suicídio medicamente assistido, quando é o próprio doente a autoadministrar o fármaco letal, sob a orientação e supervisão de um médico.»*

Assim, para o PAN, o objetivo do recurso à morte medicamente assistida é permitir acabar com a situação de sofrimento irreversível em que alguém se encontra, no caso de um paciente que esteja numa situação clínica relativamente à qual não se vislumbra qualquer esperança de melhoria – «*... sabendo aqueles doentes qual o seu destino, aquilo que no fundo estão a escolher, quando formulam um pedido de morte medicamente assistida, é entre duas formas de morrer, isto é, entre uma morte digna e uma morte decorrente da doença, a qual acabará por ocorrer em situação de sofrimento.»*

Depois de várias citações de especialistas em Medicina e Direito, a Deputada única representante do PAN refere que a morte assistida se destina a doentes conscientes, lúcidos e cuja vontade foi manifestamente expressa, motivo pelo qual esta é sempre a pedido do paciente, entrando assim na questão de eventuais abusos que, a pretexto da aprovação da lei, possam vir a ocorrer.

«Desde que se assegure o cumprimento desta regra, não cremos que existirão abusos. Ainda assim, a possibilidade de existência de eventuais abusos não pode impedir o

legislador de legislar sobre determinadas matérias. Tais riscos obrigarão outrossim o legislador a ser mais cauteloso, devendo estabelecer mecanismos claros e exigentes de fiscalização e fazer um acompanhamento constante da aplicação da lei, de forma a fazer os ajustes que sejam necessários.»

A Deputada proponente vê a despenalização e regulamentação em Portugal da morte medicamente assistida como uma expressão concreta dos direitos individuais à autonomia e à liberdade de convicção e de consciência. E considera que a possibilidade de acesso à morte medicamente assistida é mais um passo importante e necessário no reconhecimento daqueles direitos.

Assim, o Projeto de Lei n.º 83/XV/1.^a visa regular as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal, propondo, para os efeitos, no art.º 2.^º do ‘Capítulo I – Disposições gerais’, as definições de ‘Morte medicamente assistida’, ‘Suicídio medicamente assistido’, ‘Eutanásia’, ‘Doença grave ou incurável’, ‘Lesão definitiva de gravidade extrema’, ‘Sofrimento’, ‘Médico orientador’ e ‘Médico especialista’.

Considera-se que morte medicamente assistida não punível será a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, e quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde. E como legítimos apenas os pedidos de morte medicamente assistida apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional.

A morte medicamente assistida poderá ocorrer 1) por suicídio medicamente assistido ou 2) por eutanásia, sendo que o pedido subjacente à decisão prevista no 1) obedece a procedimento clínico e legal, de acordo com o disposto na presente iniciativa, e pode ser livremente revogado a qualquer momento, nos termos do seu artigo 12.^º.

O ‘Capítulo II – Procedimento’ abrange a ‘Abertura do procedimento clínico’, ‘Parecer do médico orientador’, ‘Confirmação por médico especialista’, ‘Confirmação por médico especialista em psiquiatria’, ‘Parecer da Comissão de Verificação e Avaliação’, ‘Concretização da decisão do doente’, ‘Administração dos fármacos letais’, ‘Decisão pessoal e indelegável’, ‘Revogação’, ‘Locais autorizados’, ‘Acompanhamento’ ‘Verificação da morte e certificação do óbito’, ‘Registo Clínico Especial’ (RCE) e ‘Relatório Final’.

A Deputada proponente estipula as normas para o pedido de abertura do procedimento clínico de antecipação da morte, propondo que não sejam admitidos os pedidos de doentes sujeitos a processo judicial para aplicação do regime do maior acompanhado, enquanto o mesmo se encontrar pendente, e que ao doente deva sempre ser garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos.

O médico orientador deverá emitir parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos na lei e prestar-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, bem como sobre os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e sobre o respetivo prognóstico. Apenas após este processo se verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada.

Propõe-se que tanto a informação e o parecer prestados pelo médico, como a declaração do doente, assinados por ambos, integrem o RCE, e que, caso o parecer do médico orientador não seja favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso seja cancelado e dado por encerrado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura.

Após o parecer favorável do médico orientador, propõe-se proceder à consulta de outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, e cujo parecer deverá confirmar ou não que estão reunidas as condições, bem como o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza incurável da doença ou a condição definitiva da lesão. O parecer fundamentado do médico especialista deverá também ser emitido por escrito, datado e assinado por ele e deverá integrar o RCE.

Caso este parecer não seja favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso será cancelado e dado por encerrado e o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador. No caso de parecer favorável por parte do médico especialista, o médico orientador deverá informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que deverá novamente verificar se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, e, juntamente com o parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE.

Se o doente padecer de mais do que uma lesão definitiva ou doença incurável, o médico orientador deverá decidir qual a especialidade médica a consultar.

Propõe-se depois que seja obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, sempre que existam dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte revelando uma vontade séria, livre e esclarecida, ou sempre que se admita que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões. O procedimento deverá ser cancelado e o doente informado da decisão e dos seus fundamentos se o médico especialista em psiquiatria confirmar qualquer uma das situações referidas anteriormente. Tal como nas outras situações, o parecer do médico especialista em psiquiatria deverá ser emitido por escrito, datado e assinado pelo próprio e integrar o RCE.



A avaliação necessária para a elaboração do parecer referido envolve, sempre que a condição específica do doente assim o exija, a colaboração de um especialista em psicologia clínica.

Se o parecer do médico especialista em psiquiatria for favorável, deverão ser aplicados os procedimentos especificados anteriormente em casos similares.

Quando os pareceres forem favoráveis, e quando estiver reconfirmada a vontade do doente, deverá ser remetida cópia do RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA), proposta no artigo 24.º, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, que deve ser elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis.

Em caso de dúvidas da CVA, esta deve convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários. Em caso de parecer desfavorável da CVA, o procedimento em curso é cancelado, podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos especificados anteriormente. Devem neste caso ser seguidos os procedimentos anteriormente especificados relativos à informação prestada ao doente.

No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, hora, local e método a utilizar para a antecipação da morte, devendo informar e esclarecer o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente. Esta decisão deve ser consignada por escrito, datada e assinada pelo doente, ou pela pessoa por si designada, e integrada no RCE.

Propõe-se que após consignação da decisão, o médico orientador remeta cópia do RCE respetivo para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), podendo esta acompanhar presencialmente o procedimento de concretização da decisão do doente.

Se o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão.

Passando depois à fase de administração de fármacos letais, o projeto da Deputada única representante do PAN propõe que esta seja feita, obrigatoriamente, em presença do médico orientador e outro profissional de saúde, podendo estar presentes outros profissionais de saúde por indicação do médico orientador, assim como pessoas indicadas pelo doente, desde que acauteladas condições clínicas e de conforto.

Deve mais uma vez confirmar-se se o doente mantém a vontade de antecipar a sua morte, na presença de uma ou mais testemunhas, devidamente identificadas no RCE, e

caso tal não aconteça, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, o que é inscrito em documento escrito de acordo com os procedimentos anteriormente especificados.

Propõe-se na iniciativa que a decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte seja estritamente pessoal e indelegável, podendo ser substituído por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito caso não reúna as faculdades necessárias. A pessoa designada pelo doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório.

A revogação do pedido de antecipar a morte cancela o procedimento clínico em curso, devendo a decisão ser inscrita no RCE pelo médico orientador.

Quanto aos locais autorizados, a escolha para a prática da morte medicamente assistida caberá ao doente, sendo que, preferencialmente, pode ser praticada nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado.

Caso o doente escolha um local diferente dos referidos, o médico orientador deve certificar que o mesmo dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito.

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor, devendo as respetivas cópias ser arquivadas no RCE.

O projeto do BE passa depois ao RCE – que se inicia com o pedido de antecipação da morte redigido pelo doente, ou pela pessoa por si designada – e ao Relatório final, especificando-se os elementos que deles devem constar.

O ‘Capítulo III’ é dedicado aos ‘Direitos e deveres dos profissionais de saúde’, definindo quais os profissionais de saúde habilitados, quais os seus deveres, o sigilo profissional e confidencialidade da informação, a objecção de consciência e a responsabilidade disciplinar.

No ‘Capítulo IV’ abordam-se as questões de ‘Fiscalização e avaliação’, por parte da IGAS e da CVA, definindo-se, neste último caso, a sua composição e funcionamento, bem com a metodologia dos processos de verificação e avaliação.

E tal como nos dois casos anteriores, também a Deputada única representante do PAN propõe que a CVA seja composta por cinco personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação da presente lei, nomeadamente: a) Um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura; b) Um jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público; c)

Um médico indicado pela Ordem dos Médicos; d) Um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros; e) Um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Finalmente, o ‘Capítulo V’ especifica as alterações legislativas previstas, nomeadamente as alterações aos artigos 134.º, 135.º e 139.º do Código Penal, seguindo-se, no ‘Capítulo VI’ as ‘Disposições finais e transitórias’, estipulando-se, entre outros, que o Governo aprova, no prazo máximo de 90 dias após a publicação da presente lei, a respetiva regulamentação, que nos dois primeiros anos de vigência da presente lei, a CVA deverá apresentar semestralmente à Assembleia da República um relatório de avaliação, e que a presente lei entrará em vigor 30 dias após a publicação da respetiva regulamentação.

3. Enquadramento constitucional e legal

O artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa (CRP) consagra o direito à vida, determinando que «*A vida humana é inviolável*». São esta garantia e proteção do direito à vida constitucionalmente consagrados que têm servido de fundamentação legal à defesa da proibição da eutanásia e do suicídio medicamente assistido.

O Código Penal tipifica como crime que: 1) quem matar outra pessoa dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral que diminuam sensivelmente a culpa (artigo 133.º - Homicídio Privilegiado), é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos; 2) quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito (artigo 134.º - Homicídio a Pedido da Vítima), é punido com pena de prisão até 3 anos; e 3) quem incitar e ajudar outra pessoa a suicidar-se (artigo 135.º - Incitamento ou Ajuda ao Suicídio), é punido com pena de prisão até 3 anos.

Por outro lado, decorre do artigo 1.º da CRP o princípio da «*dignidade da pessoa humana*» que, por sua vez, tem servido de base de sustentação teórica à opção de despenalização da morte assistida, na qual se inclui a presente iniciativa.

Esta abordagem está feita de forma exaustiva nas Notas Técnicas anexas a este Parecer, elaboradas pelos serviços da AR.

4. Direito comparado

Em novembro de 2020, a Divisão de Informação Legislativa Parlamentar (DILP) publicou pela primeira vez o dossier temático intitulado «Eutanásia e Suicídio Assistido – Enquadramento Internacional», agora atualizado em abril de 2022.

Trata-se de um estudo comparado dos temas da eutanásia e do suicídio assistido, que colige dados relativos a 35 diferentes ordenamentos jurídicos a nível mundial, incluindo naturalmente Portugal. Nele se dá a conhecer, relativamente aos ordenamentos jurídicos pesquisados, os que admitem essas ações, e os que, não as admitindo, as punem criminalmente.

De acordo com as conclusões deste estudo, «*em nenhum dos ordenamentos jurídicos analisados é possível encontrar a eutanásia enquadrada como homicídio qualificado na respetiva legislação criminal. Quando não completamente descriminalizada, a eutanásia direta cai sempre, em qualquer deles, na previsão de uma de três espécies de homicídio: o simples, o privilegiado ou um tipo legal de homicídio criado especificamente para cobrir a situação da eutanásia.*»

Conclui-se ainda que «*os principais países europeus decidiram enquadrar juridicamente a interrupção dos tratamentos clínicos a pacientes em fim de vida, encorajando simultaneamente a prática dos cuidados paliativos e reforçando os direitos dos doentes.*»

Alguns destes exemplos estão expressos nas Notas Técnicas anexas a este Parecer, elaboradas pelos serviços da AR.

5. Antecedentes

A despenalização da morte assistida, ou eutanásia, 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’, subscrita por 8.428 cidadãos, apresentada à AR em 26 de abril de 2016 e apreciada em Plenário em 1 de fevereiro de 2017.

Também na XIII Legislatura foi apreciada a Petição n.º 250/XIII/2.^a - Toda vida tem dignidade, promovida pela Fundação Portuguesa pela Vida, subscrita por 14.196 cidadãos, apresentada à AR em 25 de janeiro de 2017 e apreciada em Plenário em 30 de janeiro de 2019.

No âmbito dos Grupos de Trabalho constituídos para apreciação destas Petições foram ouvidas várias entidades. Ambos os processos foram concluídos.

Ainda na XIII Legislatura foram apresentadas, discutidas e rejeitadas na generalidade em Plenário de 29 de maio de 2018, as seguintes iniciativas:

- Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.^a (PAN) - Regula o acesso à morte medicamente assistida;

- Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.^a (BE) - Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível;
- Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.^a (PS) - Procede à 47.^a alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível;
- Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.^a (PEV) - Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível.

Na XIV Legislatura, foram apresentados e discutidas, as seguintes iniciativas:

- Projeto de Lei n.º 4/XIV/1.^a (BE) - Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível;
- Projeto de Lei n.º 67/XIV/1.^a (PAN) - Regula o acesso à morte medicamente assistida;
- Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.^a (PS) - Procede à 50.^a alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível;
- Projeto de Lei n.º 168/XIV/1.^a (PEV) - Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível;
- Projeto de Lei n.º 195/XIV/1.^º (IL) – Regula a antecipação do fim da vida, de forma digna, consciente e medicamente assistida.

Estas iniciativas deram, primeiro, origem ao Decreto da Assembleia da República n.º 109/XIV, objeto de voto por inconstitucionalidade. Foram depois reapreciadas e deram origem ao Decreto da Assembleia da República n.º 199/XIV, objeto de novo voto do Presidente da República, em novembro de 2021.

6. Iniciativas conexas

Verifica-se que, à data de elaboração deste Parecer, estão também para apreciação os:

- **Projeto de Lei n.º 95/XV/1.^a (CH)** - «*Realização obrigatória de um referendo sobre a despenalização da morte medicamente assistida*», entrado em 20 de maio de 2022, e que por despacho de Sua Excelência o Presidente da Assembleia da República, baixou em 25 de maio de 2022 à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias – comissão competente –, em conexão a Comissão de Saúde.

- **Projeto de Lei n.º 111/XV/1.ª (IL)** - «*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal*», entrado em 2 de junho de 2022.

Está pendente a **Petição n.º 48/XIV/1.ª** - «*Referendo sobre a eutanásia*», promovida por Dinis da Silva Freitas, apresentada à AR em 19 de fevereiro de 2020, e que transitou da XIV para a XV legislatura, de acordo com o artigo 25.º da Lei de Exercício do Direito de Petição, segundo o qual «*As petições não apreciadas na legislatura em que foram apresentadas não carecem de ser renovadas na legislatura seguinte*», uma vez que a sua apreciação foi iniciada, mas não ficou concluída naquela Legislatura.

Também pendente de apreciação está o **Projeto de Resolução 62/XV/1 (CH)** – «*Realização de um referendo sobre a despenalização da morte medicamente assistida*».

PARTE II – OPINIÃO DA RELATORA

A signatária do presente parecer exime-se, nesta sede, de manifestar a sua opinião política sobre os Projetos de Lei n.ºs 5/XV/1.ª (BE), 74/XV/1.ª (PS) e 83/XV/1.ª (PAN), a qual é de «*elaboração facultativa*» nos termos do n.º 3 do artigo 137.º do Regimento da Assembleia da República.

PARTE III – CONCLUSÕES

O Grupo Parlamentar do BE apresentou à Assembleia da República, em 29 de março de 2022, o Projeto de Lei n.º 5/XV/1.ª – «*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal*».

Posteriormente, a 17 de maio de 2022, um grupo de Deputados do Grupo Parlamentar do PS apresentaram à Assembleia da República o **Projeto de Lei n.º 74/XV/1.ª** – «*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal*».

E a 20 de maio de 2022, a Deputada única representante do PAN apresentou à Assembleia da República o **Projeto de Lei n.º 83/XV/1.ª** – «*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e procede à alteração do Código Penal*».

Todas as iniciativas pretendem aprovar e regular as condições em que a morte medicamente assistida não é punível.



Todas as iniciativas propõem alterações aos artigos 134.º (Homicídio a pedido da vítima), 135.º (Incitamento ou ajuda ao suicídio) e 139.º (Propaganda do suicídio) do Código Penal, no sentido de prever como causa de exclusão da ilicitude o «*cumprimento das condições estabelecidas pela Lei*» a aprovar, tornando não puníveis as condutas de homicídio a pedido, de ajuda ao suicídio e de propaganda do suicídio praticadas por profissionais de saúde naquelas condições.

Face ao exposto, a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias é de parecer que os Projetos de Lei n.ºs 5/XV/1.ª (BE), 74/XV/1.ª (PS) e 83/XV/1.ª (PAN) reúnem os requisitos constitucionais e regimentais para serem discutidos e votados em Plenário.

PARTE IV – ANEXOS

Anexam-se as respetivas Notas Técnicas elaboradas pelos serviços, ao abrigo do disposto no artigo 131.º do Regimento da Assembleia da República.

Palácio de S. Bento, 8 de junho de 2022

A Deputada Relatora

(Patrícia Gilvaz)

O Presidente da Comissão

(Fernando Negrão)