

Exmo Senhor
Presidente da Comissão de Assuntos
Constitucionais, Direitos Liberdades e
Garantias

Of. n.º 65/9.ª-CS/2018

Para os devidos efeitos, junto envio a V. Exa o Parecer relativo ao Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª, do PS – «Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível» e ao Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª do PEV – «Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível», cujos considerandos e conclusões foram aprovados por unanimidade, com a ausência do PEV, na reunião desta Comissão realizada em 23 de maio.

Com os meus melhores cumprimentos,

O PRESIDENTE DA COMISSÃO

(José de Matos Rosa)

Parecer

Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª PS
Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª PEV

Autora:
Deputada Ângela Guerra

Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível

Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível



Comissão de Saúde

ÍNDICE

PARTE I - CONSIDERANDOS

PARTE II - OPINIÃO DA DEPUTADA AUTORA DO PARECER

PARTE III - CONCLUSÕES

PARTE I – CONSIDERANDOS

A) Nota Introdutória

O Grupo Parlamentar do Partido Socialista (PS) tomou a iniciativa de apresentar o Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª, que *“Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível”*.

Por sua vez, o Grupo Parlamentar do Partido Ecologista “Os Verdes” (PEV) tomou a iniciativa de apresentar o Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª, que *“Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível”*.

As apresentações das iniciativas melhor referidas *supra* foram efetuadas nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 167.º da Constituição da República Portuguesa e do artigo 118.º do Regimento da Assembleia da República, reunindo ainda ambas os requisitos formais previstos no artigo 124.º do Regimento.

O Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª deu entrada na Mesa da Assembleia da República no dia 13 de abril de 2018, tendo baixado, no dia 17, por despacho de Sua Excelência o Presidente da Assembleia da República, à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, considerada a Comissão competente, bem como, por conexão, à Comissão de Saúde, para efeitos de emissão do pertinente parecer, naturalmente circunscrito às matérias que lhe concernem.

Já o Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª deu entrada na Mesa da Assembleia da República no dia 20 de abril de 2018, tendo baixado, no dia 24, por despacho de Sua Excelência o Presidente da Assembleia da República, à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos,

Comissão de Saúde

Liberdades e Garantias, considerada a Comissão competente, bem como, por conexão, à Comissão de Saúde, para efeitos de emissão do pertinente parecer, também aí circunscrito às matérias que lhe concernem.

A discussão das referidas iniciativas legislativas, na generalidade, pelo Plenário da Assembleia da República, foi, entretanto, agendada para o próximo dia 29 de maio, conjuntamente com o PJI 418(PAN), que *“Regula o acesso à morte medicamente assistida”*, e o Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª, do BE, que *“Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível”*.

B) Do objeto, conteúdo e motivação da iniciativa

Tanto o Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª, como o Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª, têm como objeto a definição das condições de não punibilidade da antecipação da morte do ser humano, situação que a primeira daquelas iniciativas qualifica no título como *“eutanasia”*, e a segunda como *“morte medicamente assistida”*.

Importa, pois, apreciar o conteúdo e as motivações de cada uma das iniciativas referidas, o que se procede *infra*.

Relativamente ao conteúdo, o Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª define como *“eutanasia não punível a antecipação da morte por decisão da própria pessoa, maior, em situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde”* (cfr. art.º 2.º).

Comissão de Saúde

Opta o partido proponente por alterar, no seu artigo 3.º, o Código Penal, designadamente os seus artigos 134.º e 135.º, referentes aos crimes, respetivamente de homicídio a pedido da vítima e de incitamento ou ajuda ao suicídio.

Assim, o Projeto de Lei n.º 832/XIII considera que o homicídio a pedido da vítima e o incitamento ou ajuda ao suicídio não devem ser puníveis quando realizados no cumprimento da lei que regula as condições especiais de antecipação da morte a pedido da própria pessoa, maior, em situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal, praticada ou ajudada por profissionais de saúde.

Para o efeito referido, esta iniciativa preconiza a abertura de um procedimento clínico de antecipação da morte, cuja abertura cabe ao interessado, cidadão nacional ou legalmente residente em território nacional, que deve dirigir um pedido a um médico por si escolhido – o *médico orientador* –, ao qual incumbirá emitir parecer sobre se o doente cumpre todos os requisitos legais para ser elegível (cfr. art.º 4.º).

Após o *médico orientador* prestar ao doente “a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis e o respetivo prognóstico”, deve verificar se “o doente mantém e reitera a sua vontade”, devendo esta ser “registada por escrito, datada e assinada” (cfr. art.º 5.º).

Caso o parecer do *médico orientador* seja “favorável”, deve ser consultado um “outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, cujo parecer confirma ou não que estão reunidas as condições” para a antecipação da morte (cfr. art.º 6.º, n.º 1).

Em caso de segundo parecer favorável, “o *médico orientador* informa o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada”. Na situação inversa, ou seja, se o parecer do médico especialista não for favorável à

Comissão de Saúde

antecipação da morte do doente, o procedimento em questão é cancelado (cfr. art.º 6.º, nº 3 e 4).

Para os casos em que o médico orientador ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte ou admitirem tratar-se de pessoa portadora de perturbação psíquica que afete a sua capacidade de tomar decisões, é obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, o qual, concluindo verificar-se qualquer das situações referidas, determina o cancelamento do procedimento (cfr. art.º 7.º).

Se, pelo contrário, todos os pareceres forem favoráveis, depois de reconfirmada a vontade do doente em antecipar a sua morte, o *médico orientador* remete o processo para uma Comissão de Verificação e Avaliação do Procedimento Clínico de Antecipação da Morte (CVA), a qual deverá, igualmente, dar parecer favorável para o processo prosseguir. Não o emitindo esta nesses termos, o processo é cancelado (cfr. art.º 8.º).

Após o eventual *“parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, a hora, o local e o método a utilizar para a antecipação da morte”*, informando e esclarecendo *“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”* (cfr. art.º 9.º, nºs. 1 e 2).

De referir, ainda, que o projeto de Lei n.º 832/XIII/3.^a determina que, *“No caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão”*, devendo o *médico orientador* confirmar se o doente mantém a vontade de antecipar a sua morte, na presença de uma ou mais testemunhas,

Comissão de Saúde

“Imediatamente antes de iniciar a administração ou autoadministração dos fármacos letais” (cfr. art.º 9.º, nºs. 5 e 6).

O Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.º estatui que a *“decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte é indelegável”* (cfr. art.º 16.º) e que o ato de antecipação da morte possa ser praticado no domicílio do doente ou noutra local por ele indicado, podendo este indicar as pessoas que pretende assistam a esse ato (cfr. art.ºs. 11.º e 12.º).

Os artigos 17.º a 21.º do Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.º regulam a responsabilidade médica, identificando os profissionais de saúde habilitados, estatuidos os deveres desses profissionais, especialmente no que se refere à obrigação de sigilo profissional e confidencialidade da informação, prevendo a responsabilidade disciplinar e reconhecendo-lhes, finalmente, o direito a objeção de consciência.

Cumpra, nesse âmbito, destacar as seguintes soluções preconizadas:

- O ato de antecipação da morte pode ser praticado por *“profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Médicos e também os inscritos na Ordem dos Enfermeiros, desde que a sua intervenção decorra sob supervisão médica”*;
- *“Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte de um doente se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer...”*
- Em caso de recusa do profissional de saúde em participar na antecipação da morte do doente, o profissional *“deve especificar as razões que a motivam”*.

Comissão de Saúde

Finalmente os artigos 22.º e seguintes estatuem as regras de fiscalização e avaliação da execução do diploma em questão, prevendo o artigo 25.º que a Direção-Geral da Saúde disponibilize, no seu sítio da Internet, *“uma área destinada a informação sobre a realização de eutanásia não punível”*.

No que se refere aos argumentos que, no entender do Grupo Parlamentar do PS, sustentarão a não punibilidade da *“eutanásia”*, ressaltam os seguintes:

- *“...não deve o Estado impor uma única conceção de vida, um único trajeto de escolhas individuais...”*
- *“...o Estado não pode rejeitar a autonomia das pessoas para fazerem livre e esclarecidamente as suas escolhas pessoais de acordo com os seus valores, ou, caso contrário, teríamos uma conceção moral dominante imposta ao resto da sociedade.”*
- *O “presente projeto de lei (...) pretende (...) apenas reconhecer o que se nos afigura essencial para salvaguardar a esfera de autonomia individual. Isto é, não está em causa um desrespeito da vida por parte do Estado, porque é o próprio sujeito autónomo que deseja a eutanásia, sujeito esse que, tendo liberdade para tomar decisões vitais ao longo da vida sem possibilidade de interferência por parte do Estado, também tem – deve ter - liberdade para ter um espaço legalmente reconhecido de decisão quanto à sua própria morte.”*
- *“No regime proposto, com requisitos claros e objetivos, a pessoa que pede a eutanásia está numa situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal, pelo que precisa, justamente, de ajuda para concretizar um ato que não deixa de ser, absolutamente, uma decisão individual, livre e esclarecida.”*

No que se refere ao Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª, do PEV, pretende-se definir *“as condições e os procedimentos específicos a observar nos casos de morte medicamente*

Comissão de Saúde

assistida e altera o Código Penal para despenalizar a morte medicamente assistida, a pedido sério, livre, pessoal, reiterado, instante, expresso, consciente e informado de pessoa que esteja em situação de profundo sofrimento decorrente de doença grave, incurável e sem expectável esperança de melhoria clínica, encontrando-se em estado terminal ou com lesão amplamente incapacitante e definitiva.”

Consequentemente, o PEV propõe, no seu artigo 2.º, a alteração dos artigos 134.º, 135.º e 139.º do Código Penal, relativos ao homicídio a pedido da vítima, ao incitamento ou ajuda ao suicídio e à propaganda do suicídio. Nos primeiros dois casos, determinando que *“Não é punido o médico, nem o demais pessoal clínico que o assista, que, cumprindo integralmente os procedimentos e condições previstos na lei, provoque a morte medicamente assistida, de forma tão indolor e tranquila quanto os conhecimentos médicos e científicos o permitam, a pessoa que esteja em situação de profundo sofrimento decorrente de doença grave, incurável e sem expectável esperança de melhoria clínica, encontrando-se em estado terminal ou com lesão amplamente incapacitante e definitiva, desde que a pedido sério, livre, pessoal, reiterado, instante e expresso do doente, com idade igual ou superior a 18 anos, consciente, esclarecido e informado, e que não padeça de doença mental ou psíquica que o incapacite na tomada de decisão, segundo análise e autorização de equipa multidisciplinar.”* No último, estatuinto que *“Não é punido o médico ou enfermeiro que, não incitando nem fazendo propaganda, apenas preste informação, a pedido expresso de outra pessoa, sobre o suicídio medicamente assistido...”*

O Projeto n.º 838/XIII/3.ª define o que considera ser a *“morte medicamente assistida”* como *“a morte provocada, de forma tão indolor e tranquila quanto os conhecimentos médicos e científicos o permitam, a doente que, estando em situação de profundo sofrimento decorrente de doença grave, incurável e sem expectável esperança de melhoria clínica, e encontrando-se em estado terminal ou com lesão amplamente incapacitante e definitiva, manifeste pedido sério, livre, pessoal, reiterado, instante e*

Comissão de Saúde

expresso nesse sentido, sendo garantida a avaliação e o reconhecimento da consciência, liberdade, esclarecimento e capacidade do doente para realizar esse pedido” (cfr. art.º 3.º).

O Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª restringe a administração de fármacos letais, para efeitos de consumação da morte medicamente assistida a médico ou ao próprio doente, sob vigilância médica, caso em que se qualifica o ato como *“suicídio medicamente assistido”* (cfr. art.º 3.º).

O artigo 4.º do Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª elenca os requisitos para avaliar o pedido do doente, de entre os quais se realçam os seguintes:

- O doente deve ter idade igual ou superior a 18 anos e nacionalidade portuguesa ou residência legal em Portugal;
- O doente deve encontrar-se a ser acompanhado e tratado em estabelecimento de saúde do Serviço Nacional de Saúde;
- O doente deve encontrar-se *“em profundo estado de sofrimento por padecer de doença grave, incurável e sem expectável esperança de melhoria clínica, encontrando-se em estado terminal ou com lesão amplamente incapacitante e definitiva”*;
- O doente não deve sofrer *“de doença mental ou psíquica”* ou ser *“considerado incapaz de compreender a sua situação e de tomar sozinho decisões sobre a sua vida...”*;
- O pedido do doente deve ser sério (sincero e verdadeiro), livre (não ser condicionado, influenciado ou coagido por outrem), pessoal (corresponder à vontade manifestada pela própria pessoa), reiterado (manifestado, pelo menos, quatro vezes por escrito), instantâneo (atual e não diferido no tempo), expresso (claro e inequívoco e não implícito ou subentendido), consciente (de pessoa plenamente capaz de compreender e decidir) e informado (haver plena compreensão sobre os procedimentos e consequências que decorrem do pedido).

Comissão de Saúde

Embora o Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.^a possa a esse respeito não ser inteiramente esclarecedor, decorre da *ratio* do mesmo que a morte medicamente assistida deva ter lugar no contexto de um *“estabelecimento de saúde do Serviço Nacional de Saúde onde é acompanhado e tratado”*, conforme decorre do n.º 1 do seu artigo 5.º, o qual conforma as normas procedimentais dos artigos seguintes.

O Procedimento da morte medicamente assistida inicia-se num estabelecimento de saúde, através de um pedido dirigido pelo doente a um *“médico titular”*, o qual o remete *“à Direção do estabelecimento de saúde”*, devendo esta *“perguntar ao doente que familiares, ou outras pessoas, devem ser informadas do pedido realizado”* e *“solicitar um relatório ao médico titular, que contenha obrigatoriamente informação sobre o estado clínico do doente, sobre se este se encontra em profundo estado de sofrimento por padecer de doença grave, incurável e sem expectável esperança de melhoria clínica, encontrando-se em estado terminal ou com lesão amplamente incapacitante e definitiva, e sobre se tem alguma razão para acreditar, fundamentadamente, que o doente não realizou o pedido de forma séria, livre, pessoal, consciente e informada”*

Após essas diligências, a *“Direção do estabelecimento de saúde remete o pedido do doente à Comissão de Verificação competente, juntamente com o parecer do médico titular”*, à qual competirá atestar os requisitos para a realização do pedido de morte medicamente assistida.

De referir que devem existir cinco Comissões de Verificação, uma por cada área de Administração Regional de Saúde (ARS), cada uma das quais deve ser constituída por sete pessoas de reconhecido mérito, com mais de 10 anos de exercício profissional, das quais três serão médicos (dois nomeados pela ARS respetiva e um pela Ordem dos Médicos), dois serão enfermeiros (dois nomeados pela ARS respetiva e um pela Ordem dos Enfermeiros) e dois juristas (um nomeado pela Ordem dos Advogados e um magistrado

Comissão de Saúde

do Ministério Público nomeado pelo Conselho Superior do Ministério Público), *“exigindo-se uma maioria qualificada de dois terços”* para as suas deliberações respeitantes à morte medicamente assistida (cfr. art.º 7.º).

Importa observar que parece haver uma incongruência na referência aos enfermeiros, já que, na alínea b) do n.º 3 do artigo 7.º se preveem *“dois enfermeiros”*, enquanto que, nas alíneas a) e b) do n.º 4 do mesmo artigo, são previstos três profissionais de enfermagem.

No que concerne ao procedimento da Comissão de Verificação, esta solicita um relatório a um médico psiquiatra reconhecido, de modo a atestar se estão ou não cumpridas as condições para a aplicação da morte medicamente assistida, podendo ainda pedir outros relatórios de avaliação médica da situação do doente.

No caso de a Comissão de Verificação não considerar cumpridos todos os requisitos legais ou clínicos para a morte medicamente assistida, o doente pode solicitar a reanálise do pedido, *“apenas por uma vez, fundamentando por escrito as suas razões ou pedindo reavaliação médica no caso da recusa se fundar num dos relatórios médicos”* (cfr arts. 8.º e 9.º).

De referir que *“A morte medicamente assistida só pode ser realizada em estabelecimento de saúde público do Serviço Nacional de Saúde”*, competindo ao doente escolher quem administra a substância letal: se ele próprio, sob supervisão médica, ou o médico titular (cfr. art.º 10.º).

O Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.^a estabelece, ainda, que *“O doente pode revogar o pedido a qualquer momento do processo, sem necessidade de fundamentação e sem obedecer a quaisquer exigências formais”* (cfr. art.º 11.º), assegurando *“aos médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde o direito à objeção de consciência”* (cfr. art.º 12.º).

Comissão de Saúde

Finalmente, a referida iniciativa prevê a criação, pelo Governo, de uma Comissão de Avaliação para recolher dados estatísticos sobre a aplicação da legislação proposta, bem como para sugerir as alterações legislativas que se revelem mais adequadas, devendo elaborar relatórios dirigidos à Assembleia da República e ao Governo (cfr. art.º 13.º).

De entre os argumentos que, no entender do Grupo Parlamentar do PEV, sustentarão a não punibilidade da *“morte medicamente assistida”*, ressaltam os seguintes:

- *“...o Estado [deve] respeitar a vontade do titular do direito à vida [ao não lhe] impor o dever ou a obrigação de viver a sofrer grave e intoleravelmente.”*
- *“...o princípio da proibição de atender à liberdade e à vontade da pessoa [deve dar] lugar ao respeito pelo princípio da sua dignidade e da sua autonomia e da sua soberania enquanto pessoa, capaz e consciente de determinar e escolher o que quer ou o que não quer da sua vida.”*

C) Enquadramento legal e constitucional e antecedentes

Sendo o enquadramento legal e os antecedentes dos Projetos de Lei nºs. 832/XIII/3.ª e 838/XIII/3.ª, expendidos nas Notas Técnicas que, a respeito dos mesmos, foram elaboradas pelos competentes serviços da Assembleia da República, respetivamente a 3 e 8 de maio de 2018, remete-se para esses documentos, que constam em Anexo ao presente Parecer, a densificação do capítulo em apreço.

PARTE II - OPINIÃO DA DEPUTADA AUTORA DO PARECER

A relatora do presente Parecer entende dever reservar, nesta sede, a sua posição sobre os Projetos de Lei n.ºs. 832/XIII/3.ª e 838/XIII/3.ª, a qual é, de resto, de “*elaboração facultativa*”, conforme disposto no n.º 3 do artigo 137.º do Regimento da Assembleia da República.

PARTE III - CONCLUSÕES

1. Os Grupos Parlamentares do Partido Socialista e do Partido Ecologista “Os Verdes” tomaram a iniciativa de apresentar, respetivamente, o Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª, que “*Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível*”, e 838/XIII/3.ª, que “*Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível*”.
1. Os Projetos de Lei n.ºs. 832/XIII/3.ª e 838/XIII/3.ª foram apresentados nos termos constitucionais, legais e regimentais aplicáveis, encontrando-se reunidos os requisitos formais e de tramitação exigidos;
2. A Comissão de Saúde é de parecer que os Projetos de Lei n.ºs. 832/XIII/3.ª e 838/XIII/3.ª reúnem os requisitos constitucionais e regimentais para serem discutidos em Plenário.
3. Face ao exposto, deve o presente Parecer ser remetido à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

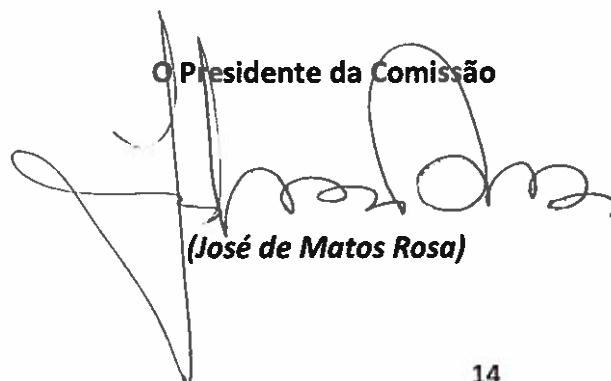
Palácio de S. Bento, 22 de maio de 2018

A Deputada autora do Parecer



(*Ângela Guerra*)

O Presidente da Comissão



(*José de Matos Rosa*)

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

Data de admissão: 17 de abril de 2018

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

Índice

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

Elaborada por: João Rafael Silva (DAPLEN), José Manuel Pinto (DILP), Paula Faria (BIB) e Margarida Ascensão (DAC).

Data: 3 de maio de 2018

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

O presente Projeto de Lei, da iniciativa de Deputados do Grupo Parlamentar do Partido Socialista, visa legislar as situações especiais em que a prática da eutanásia não é punível, definindo no regime proposto que «considera-se eutanásia não punível a antecipação da morte por decisão da própria pessoa, maior, em situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável ou fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde», correspondendo o pedido subjacente à decisão «a uma vontade atual, séria, livre e esclarecida.»¹

Na exposição de motivos, os autores do Projeto de Lei começam por tecer breves considerações introdutórias sobre o quadro constitucional, que consideram que assume «uma inspiração humanista assente numa leitura respeitadora da autonomia individual de cada pessoa no domínio das decisões vitais sobre a sua vida», e que por isso «a Ordem Jurídica tem evoluído de forma determinante no sentido de reconhecer, como decorrência da autonomia implícita no princípio da dignidade da pessoa humana e no direito ao desenvolvimento da personalidade, que cada pessoa é, desde que não prejudique terceiros, a arquiteta livre do seu destino».

Referem que o tema da eutanásia não punível é «particularmente complexo e exigente no plano jurídico-constitucional» e esclarecem que o Projeto de Lei tem como objetivo não a «afirmação de qualquer direito constitucional à eutanásia», mas o reconhecimento legal «da possibilidade de disposição da própria morte em circunstâncias especiais, ponderando equilibradamente toda a intensa rede de interesses complexos em presença», pelo que – nas palavras dos proponentes – «a não punição da eutanásia em circunstâncias especiais deve, assim, resultar de uma ponderação de direitos e valores constitucionais (vida humana, dignidade da pessoa humana, autonomia individual)».

Em termos substantivos, a presente iniciativa legislativa propõe alterações ao Código Penal, concretamente aditando um novo n.º 3 aos artigos 134.º (*Homicídio a pedido da vítima*) e 135.º (*Incitamento ou ajuda ao suicídio*), e regula as condições especiais em que a eutanásia não é punível, propondo a criação de um Registo Clínico Especial que integrará todas as fases do procedimento clínico de antecipação da morte, nos seguintes termos:

- O pedido de abertura deste procedimento é efetuado pelo doente, em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, e dirigido ao médico por ele escolhido («médico orientador»). Este é o primeiro

¹ Artigo 2.º do Projeto de Lei.

passo e salvaguarda-se a possibilidade de estar a decorrer ou de se iniciar um processo judicial visando a incapacidade do doente, suspendendo imediatamente o procedimento (artigo 4.º).

- A segunda fase passa pelo parecer do médico orientador, que verifica se o doente cumpre todos os requisitos e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, variáveis e disponíveis e o respetivo prognóstico, após o que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada (artigo 5.º).
- A terceira fase é a da confirmação por um médico especialista na patologia em causa. Se este parecer não for favorável à antecipação da morte do doente, contrariando o parecer do médico orientador, o procedimento em curso é cancelado, só podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura (artigo 6.º).
- A quarta fase do procedimento clínico diz respeito à verificação por um médico especialista em psiquiatria, nos casos expressamente previstos no Projeto de Lei - apenas é obrigatório em caso de dúvidas sobre a capacidade de o doente decidir de forma «séria, livre e esclarecida» (artigo 7.º)
- Recolhidos os pareceres favoráveis dos vários médicos intervenientes, e reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador remete à Comissão de Verificação e Avaliação do Procedimento Clínico de Antecipação da Morte, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento. Em caso de parecer desfavorável desta Comissão – composta por um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura, outro pelo Conselho Superior do Ministério Público, um médico pela respetiva ordem profissional, um enfermeiro nas mesmas condições e um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – o procedimento é cancelado. Esta comissão tem cinco dias úteis para se pronunciar (artigo 8.º).
- A derradeira fase do procedimento clínico é a concretização da decisão do doente. Caso fique 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 (artigo 9.º).

Em termos de fiscalização e de avaliação, é expressamente atribuída a competência à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) quanto à realização de fiscalizações aos procedimentos clínicos de antecipação de morte. Numa última instância, o processo é enviado para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, que poderá estar presente até ao ato da concretização da decisão do doente. A IGAS pode aparecer em qualquer fase do processo para verificar questões de segurança e outras condições, e pode parar o processo até à concretização do ato.

A presente iniciativa legislativa, composta por cinco capítulos e vinte e sete artigos, contém uma primeira parte (Capítulo I – *Disposições gerais e enquadramento penal*), com um artigo 1.º definidor do respetivo objeto, um artigo 2.º contendo os requisitos para que possa ser pedida a antecipação da morte, e um

Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS)

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

artigo 3.º preconizando a alteração dos artigos 134.º e 135.º do Código Penal; uma segunda parte (Capítulos II a IV), em que dispõe sobre o procedimento clínico de antecipação da morte (artigos 4.º a 16.º), a responsabilidade médica, os deveres dos profissionais de saúde, o direito à objeção de consciência e a não sujeição dos médicos e enfermeiros a responsabilidade disciplinar pela participação no processo clínico (artigos 17.º a 21.º), a fiscalização pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e a avaliação da aplicação da presente lei através da Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA) (artigos 22.º a 24.º); além de um último capítulo de disposições finais (Capítulo V), dispondo, designadamente, sobre a regulamentação e o início de vigência da lei a aprovar (artigos 25.º a 27.º).

Invocam ainda os proponentes, na exposição de motivos, que tem havido um debate alargado e profundo sobre a despenalização da eutanásia, na Assembleia da República e na sociedade em geral, e que o caminho trilhado até aqui também permitiu recolher múltiplos contributos, positivos e negativos, da experiência internacional. A esse propósito, será útil recordar que a matéria objeto da iniciativa *sub judice* tem sido objeto de prolongado debate na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, designadamente através das Petições n.ºs [103/XIII/1.ª](#) (cuja apreciação pela Assembleia da República já se encontra concluída) e [250/XIII/2.ª](#), que motivaram a criação de grupos de trabalho próprios ([1](#) e [2](#)), os quais recolheram contributos escritos e promoveram as seguintes audições:

Petição n.º 103/XIII/1.ª

11-GT-DMA-XIII	XIII	Professor Doutor Manuel Costa Andrade - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
10-GT-DMA-XIII	XIII	Professor Doutor José Francisco de Faria Costa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
9-GT-DMA-XIII	XIII	Professora Doutora Mafalda Miranda Barbosa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
8-GT-DMA-XIII	XIII	Juiz Conselheiro Dr. José Adriano Machado Souto de Moura	2016-07-06
7-GT-DMA-XIII	XIII	Professora Doutora Teresa Beleza - Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa	2016-07-06
6-GT-DMA-XIII	XIII	Bastonária da Ordem dos Enfermeiros	2016-06-30
5-GT-DMA-XIII	XIII	Bastonário da Ordem dos Médicos	2016-06-30
4-GT-DMA-XIII	XIII	Professora Luísa Neto - Faculdade de Direito da Universidade do Porto	2016-06-29

Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS)

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

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

Petição n.º 250/XIII/2.ª

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

Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS)

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

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

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

O Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.^a é subscrito por vinte Deputados do Grupo Parlamentar do Partido Socialista, ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 167.º da [Constituição](#) e no artigo 118.º do [Regimento da Assembleia da República](#) (doravante Regimento), que consagram o poder de iniciativa da lei. Trata-se de um poder dos Deputados, nos termos da alínea b) do artigo 156.º da Constituição e da alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento, e dos grupos parlamentares, nos termos da alínea g) do n.º 2 do artigo 180.º da Constituição e da alínea f) do artigo 8.º do Regimento.

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

De igual modo encontram-se respeitados os limites à admissão das iniciativas, previstos no n.º 1 do artigo 120.º do Regimento, uma vez que este projeto de lei não parece infringir princípios constitucionais e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa. Não obstante, a presente iniciativa legislativa parece acarretar encargos orçamentais, designadamente ao prever a criação de uma Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte – nos artigos 24.º e 25.º. Por sua vez, o seu artigo 27.º estabelece que esta iniciativa entra em vigor 30 dias após a sua regulamentação pelo Governo, a ser aprovada 90 dias após a publicação da lei que se agora propõe. Caso se pretenda garantir a plena salvaguarda do princípio consagrado no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição e n.º 2 do artigo 120.º do Regimento, que limita a apresentação de iniciativas que «envolvam, no ano económico em curso, aumento das despesas ou diminuição das receitas do Estado previstas no Orçamento», conhecido por lei-travão, poder-se-á analisar a possibilidade de alterar a norma sobre vigência, para que o início de vigência ou produção de efeitos desta iniciativa não possa ocorrer antes da entrada em vigor do Orçamento do Estado subsequente.

De referir ainda que, apesar da regulamentação pelo Governo, se prevê que a referida Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte funcione junto da Assembleia da República, que asseguraria os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo

Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.^a (PS)

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

necessários (artigo 24.º). Ora, tendo em conta as implicações que desta norma resultam, pelo menos, para o Orçamento da Assembleia da República, em caso de aprovação, sobre a matéria deverá ser ouvido o Conselho de Administração da Assembleia da República.

O projeto de lei em apreciação deu entrada a 13 de abril de 2018. Foi admitido e baixou na generalidade à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.ª), em conexão com a Comissão de Saúde (9.ª), a 17 de abril, por despacho de S. Ex.ª o Presidente da Assembleia da República. Foi anunciado na sessão plenária de dia 18 de abril e a respetiva discussão na generalidade encontra-se agendada para a reunião plenária de dia 29 de maio - cfr. Súmula da Conferência de Líderes n.º 65, de 2 de maio de 2018.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

O título da presente iniciativa legislativa - «*Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível*» - traduz sinteticamente o seu objeto, mostrando-se conforme ao disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, conhecida como *lei formulário* ², embora, em caso de aprovação, possa ser objeto de aperfeiçoamento, em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

Segundo as regras de legística formal, «*o título de um ato de alteração deve referir o título do ato alterado, bem como o número de ordem de alteração*» ³, o que sucede neste caso. No entanto, nesta indicação os numerais ordinais devem ser sempre redigidos por extenso ⁴.

Consultando o [Diário da República Eletrónico](#) verifica-se que o Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, foi alterado até à data por quarenta e cinco diplomas ⁵, pelo que se sugere à Comissão o seguinte aperfeiçoamento formal do título: «*Regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível, procedendo à quadragésima sexta alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro*».

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

³ Duarte, D., Sousa Pinheiro, A. *et al* (2002). *Legística*. Coimbra, Editora Almedina, pág. 201.

⁴ Duarte, D., Sousa Pinheiro, A. *et al* (2002). *Legística*. Coimbra, Editora Almedina, pág. 166.

⁵ Lei n.º 6/84, de 11 de maio, Decretos-Leis n.ºs 101-A/88, de 26 de março, 132/93, de 23 de abril, e 48/95, de 15 de março, Leis n.ºs 90/97, de 30 de julho, 65/98, de 2 de setembro, 7/2000, de 27 de maio, 77/2001, de 13 de julho, 97/2001, 98/2001, 99/2001 e 100/2001, de 25 de agosto, e 108/2001, de 28 de novembro, Decretos-Leis n.ºs 323/2001, de 17 de dezembro, e 38/2003, de 8 de março, Leis n.ºs 52/2003, de 22 de agosto, e 100/2003, de 15 de novembro, Decreto-Lei n.º 53/2004, de 18 de março, Leis n.ºs 11/2004, de 27 de março, 31/2004, de 22 de julho, 5/2006, de 23 de fevereiro, 16/2007, de 17 de abril, 59/2007, de 4 de setembro, 61/2008, de 31 de outubro, 32/2010, de 2 de setembro, 40/2010, de 3 de setembro, 4/2011, de 16 de fevereiro, 56/2011, de 15 de novembro, 19/2013, de 21 de fevereiro, 60/2013, de 23 de agosto, Lei Orgânica n.º 2/2014, de 6 de agosto, Leis n.ºs 59/2014, de 26 de agosto, 69/2014, de 29 de agosto, e 82/2014, de 30 de dezembro, Lei Orgânica n.º 1/2015, de 8 de janeiro, e Leis n.ºs 30/2015, de 22 de abril, 81/2015, de 3 de agosto, 83/2015, de 5 de agosto, 103/2015, de 24 de agosto, 110/2015, de 26 de agosto, 39/2016, de 19 de dezembro, 8/2017, de 3 de março, 30/2017, de 30 de maio, 94/2017, de 23 de agosto, 16/2018, de 27 de março

Os autores não promoveram a republicação, em anexo, do Código Penal, nem se verificam quaisquer dos requisitos de republicação de diplomas alterados, previstos no artigo 6.º da *lei formulário*, dada a exceção constante na alínea a) do n.º 3 desse artigo ⁶.

Em caso de aprovação esta iniciativa revestirá a forma de lei, nos termos do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, pelo que deve ser objeto de publicação na 1.ª série do Diário da República, em conformidade com o disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da *lei formulário*.

No que respeita ao início de vigência, o artigo 27.º deste projeto de lei estabelece que a sua entrada em vigor ocorrerá 30 dias após a sua regulamentação pelo Governo, a ser aprovada 90 dias após a publicação da lei que se agora propõe, mostrando-se assim conforme com o previsto no n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, segundo o qual os atos legislativos «*entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início de vigência verificar-se no próprio dia da publicação*».

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

II. Enquadramento legal e doutrinário e antecedentes

• Enquadramento legal nacional e antecedentes

A matéria objeto da iniciativa legislativa em apreço foi já objeto do [Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª](#), apresentado pelo PAN, sob o título «Regula o acesso à morte medicamente assistida», e do [Projeto de Lei n.º 773/XIII/2.ª](#), apresentado pelo BE, intitulado «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», justificando-se, assim, reproduzir nesta sede o que se expôs nas respetivas notas técnicas.

Assinale-se, em primeiro lugar, que o enquadramento legislativo nacional em vigor já foi detalhado em [estudo comparativo da DILP](#), justamente intitulado «Eutanásia e Suicídio Assistido».

⁶ «Deve ainda proceder-se à republicação integral dos diplomas que revistam forma de lei, em anexo, sempre que:
a) Existam mais de três alterações ao ato legislativo em vigor, salvo se se tratar de alterações a Códigos».

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

Partindo da distinção entre as diferentes formas de eutanásia, explicada nesse estudo, é de salientar que a eutanásia ativa continua a ser considerada crime, embora punível de forma especialmente atenuada, seja à luz do artigo 133.º (como homicídio privilegiado), seja de acordo com o artigo 134.º (homicídio a pedido da vítima) do [Código Penal](#)^{7, 8}.

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

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

Penalistas como Manuel Lopes Maia Gonçalves⁹ consideram que a eutanásia se inclui na previsão do artigo 133.º, sendo de assinalar a posição de autor do projeto inicial de Código Penal manifestada, a este respeito, na seguinte transcrição das atas da respetiva comissão revisora: «Em relação a esta» (a eutanásia ativa) «segue-se portanto uma solução intermédia: nem se pune como homicídio nem se deixa de punir. Aliás, este crime privilegiado tem também por função impedir que os tribunais deixem de punir a eutanásia ativa por meio de recurso ao princípio da não exigibilidade. Pretende-se a sua punição, mas só dentro dos limites do artigo.» A distanásia – entende o mesmo penalista – não é punida e a ortotanásia, pese embora a sua delicadeza, tem sido considerada uma ação justificada e como tal sem relevância criminal. Tem sido entendido ser ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes, mais ainda quando causam incómodo e sofrimento ao doente, pelo que tal interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia ativa (eutanásia passiva ou por omissão), assim como também é ética a aplicação de medicamentos destinados a aliviar a dor do paciente, ainda que possa ter, como efeito secundário, redução de tempo previsível de vida (eutanásia indireta ou eventual).

⁷ Texto consolidado retirado do Diário da República Eletrónico.

⁸ A doutrina divide-se em qual dos dois preceitos o ato se subsume.

⁹ “Manuel Lopes Maia Gonçalves, Código Penal Português, Anotado e Comentado – Legislação Complementar, 18.ª edição, 2007, Almedina”.

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».

Sublinhe-se que, não tendo embora Portugal descriminalizado a prática da eutanásia e do suicídio assistido em relação a pessoas em estado de doença terminal, já admite o testamento vital, que consiste na formulação em vida de um «documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente» ([Lei n.º 25/2012, de 16 de julho](#)¹⁰, e [Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio](#)¹¹).¹²

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

¹⁰ «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)».

¹¹ «Regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)».

¹² 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.

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](#)¹³). Este direito, expressamente consagrado, tem importância fulcral para a compreensão da questão da eutanásia passiva, permitida nos casos em que o paciente declare não pretender continuar com os tratamentos.

De entre as normas deontológicas vinculativas para os profissionais de saúde, sublinhamos as que constam do [Estatuto dos Enfermeiros](#)¹⁴, cujo artigo 103.º estabelece, sob a epígrafe «Dos direitos à vida e à qualidade de vida», o seguinte:

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

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

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

Diz o primeiro o seguinte:

«Artigo 105.º

Do dever de informação

¹³ «Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde». A ligação eletrónica refere-se ao texto consolidado constante do DRE.

¹⁴ Consta de anexo da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro («Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais»), a qual modificou, republicando, o diploma original que aprovara o Estatuto. O DRE disponibiliza ainda uma [versão consolidada](#) do Estatuto dos Enfermeiros.

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

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

Refere o segundo:

«Artigo 108.º

Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida

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

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

Por seu turno, o artigo 138.º do [Estatuto da Ordem dos Médicos](#)¹⁵ prevê o direito destes profissionais de saúde à objeção de consciência e o seu [Regulamento de Deontologia Médica](#)¹⁶ proíbe expressamente a eutanásia, o suicídio assistido e a distanásia, dando relevo, no respeito pela dignidade do doente no fim da vida, aos cuidados paliativos (artigos 65.º a 67.º).

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

«Capítulo II

Fim da vida

Artigo 65.º

O fim da vida

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

¹⁵ 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»).

¹⁶ Regulamento da Ordem dos Médicos n.º 707/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 139, de 21 de julho de 2016.

Artigo 66.º

Cuidados paliativos

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

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

Artigo 67.º

Morte

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

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

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

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

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

Finalmente, a [Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro](#), denominada Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagra a linha de orientação que se deteta nos códigos deontológicos, erigindo os cuidados paliativos a direito do doente terminal (Base IV, alínea c), e Base V, n.º 1), qualificando a obstinação terapêutica como má prática clínica e infração disciplinar (Base IV, alínea a), e Base XXXII), criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e integrando na RNCP as unidades e equipas criadas no âmbito do [Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho](#), que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Base XXXIV)¹⁷.

¹⁷ Versão consolidada retirada do DRE.

O projeto de lei em apreciação procede à despenalização da eutanásia e do suicídio assistido através de um regime jurídico novo que regula as condições especiais em que a prática da eutanásia deixa de ser punível, combinado com alterações paralelas às disposições do Código Penal pertinentes, quando praticados tais atos, em determinadas circunstâncias e de acordo com certos requisitos, apenas por profissionais de saúde. Se cometidos por qualquer outra pessoa, não deixarão de continuar a ser considerados crimes.

Com esse propósito, o projeto de lei, regulando essas condições especiais, adita um n.º 3 aos artigos 134.º e 135.º do Código Penal eliminando a punibilidade das condutas neles previstas – respetivamente, o «homicídio a pedido da vítima» e o «incitamento ou ajuda ao suicídio»

- **Enquadramento doutrinário/bibliográfico**

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

Resumo: Neste artigo são abordados os seguintes tópicos: a eutanásia; o sentido da liberdade; liberdade e juridicidade; a pessoa como ser de liberdade; a pessoa e os direitos de personalidade, o direito subjetivo; os direitos de personalidade ancorados na pessoa e não no indivíduo. A autora considera que «a morte a pedido nunca deixará de consubstanciar um ato ilícito do ponto de vista do direito civil. O consentimento do ofendido não surge ali para limitar o direito, dentro do que os bons costumes ou a ordem pública autorizam, mas configura uma renúncia ao direito à vida. Ora, esta renúncia, porque corta a relação do eu com o tu, atenta diretamente contra a dignidade da pessoa».

CAÑAMARES ARRIBAS, Santiago - La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna. **Revista Española de Derecho Constitucional**. A. 36, n.º 108 (sept. – dic. 2016), p. 337-356. Cota: RE-343

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

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: No referenciado estudo, o autor faz uma avaliação crítica dos argumentos a favor e contra a eutanásia ou morte assistida, para que o leitor possa formar e fundamentar a sua própria opinião sobre este assunto que interessa a todos. As preocupações aqui expressas prendem-se não tanto com a morte, mas mais com as opções com que seremos confrontados num processo de morte sob «sofrimento 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 reúne os testemunhos de pessoas que têm vivido por dentro e em diferentes âmbitos a realidade dos cuidados paliativos (profissionais, voluntários, pessoas doentes e seus familiares). Isabel Galriça Neto, coordenadora da referida obra, afirma-se contra a legalização da eutanásia e do suicídio assistido, sublinhando que a solução para esta situação, que atualmente fratura a sociedade portuguesa, não será a legalização da eutanásia, mas sim o desenvolvimento dos serviços de cuidados paliativos. «Uma lei que legalizasse a eutanásia por pretensão sofrimento intolerável (...) poderia conduzir a múltiplos abusos com consequências perigosas (...), passar-se-ia de casos ocasionais de doença terminal para uma dimensão de milhares de casos por ano, com motivos que vão desde a depressão, o 'estar cansado de viver' ou o não querer ser um fardo para terceiros. É isto que nos mostra a realidade da Holanda e da Bélgica».

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]

Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS)

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

LANTERO, Caroline – Euthanasie et suicide assisté. **Journal international de bioéthique**. Vol. 26, n.º esp. (juil. 2015), p. 227-243. Cota: RE- 157

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

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».

SAGEL-GRANDE, Irene – Eutanásia na Holanda : a evolução da actual regulamentação jurídica, sua prática e um novo projecto de lei-quadro. **Revista do Ministério Público**. Lisboa. ISSN 0870-6107. A. 38, n.º 152 (out./dez. 2017) p. 93-134. Cota: RP - 179

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

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

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

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

- **Enquadramento internacional**

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

Para além disso, a documentação produzida a propósito da apreciação da [Petição n.º 103/XIII e respetivo Grupo de Trabalho](#) contém bastantes elementos para, em conjunto com a numerosa bibliografia existente sobre a matéria, proporcionar a devida reflexão e ponderação do assunto em discussão, sem esquecer, no respeito do contraditório, a posição dos que defendem que a eutanásia e o suicídio assistido devem continuar a ser proibidos, designadamente os subscritores da [Petição n.º 250/XIII](#) e do [Projeto de Lei n.º 565/XIII](#) (CDS-PP).

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

Países europeus

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

BULGÁRIA

O artigo 97.º da [lei geral sobre saúde](#)¹⁸ proíbe expressamente a prática da eutanásia relativamente a seres humanos,¹⁹ a qual é punida como crime de homicídio (previsto no artigo 115.º do [Código Penal](#)²⁰).

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).²¹

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

Na esteira de alguns outros ordenamentos jurídicos, também esta lei regula com algum detalhe o direito aos cuidados paliativos. Balizado pelo direito essencial do paciente a que todas as atividades médicas sejam

¹⁸ Que, na versão em inglês encontrada, se designa por *Health Act*.

¹⁹ 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 e de 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.

²⁰ Versão em inglês.

²¹ 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".

realizadas com o seu consentimento expresso (artigo 87.^o²²), salvo em determinadas circunstâncias previstas especialmente na lei (conforme admitido no artigo 91.^o), o n.º 1 do artigo 95.^o determina que o paciente tem direito a cuidados médicos paliativos no caso de doenças incuráveis com prognóstico desfavorável. Precisa o n.º 2 desse preceito, num esforço evidente para delimitar o alcance do conceito, que o objetivo dos cuidados médicos paliativos é a manutenção da qualidade de vida do doente através da redução ou eliminação de alguns sintomas imediatos das enfermidades, bem como dos seus efeitos psicológicos e sociais adversos.

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

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

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

ESPANHA

Pune-se a eutanásia sob a alçada do artigo 143.^o do [Código Penal](#) espanhol, que a considera um subtipo do crime de auxílio ao suicídio definido, no n.º 4 do artigo 143.^o, como o ato de alguém que causa ou coopera ativamente na prática de atos necessários e diretos para provocar a morte de outra pessoa, a pedido sério, expresso e inequívoco desta, que esteja a padecer de doença grave que conduzirá necessariamente à sua morte ou resultará em graves sofrimentos permanentes ou difíceis de suportar. O autor do crime é punido com a pena aplicável ao incitamento ao suicídio, tipificado no n.º 1 do mesmo artigo, ou à ajuda ao suicídio, incriminada no n.º 2, mas especialmente atenuada e reduzida. A pena prevista no n.º 1 (incitamento) é de 4 a 8 anos de prisão, a do n.º 2 (ajuda) de 2 a 5 anos de prisão. Aplica-se pena de 6 a 10 anos de prisão se da ajuda resultar a morte do suicida (n.º 3 do artigo 143.^o).²³

²² A lei acautela também, nesse artigo, os casos de suprimento da vontade de menores, pessoas com transtornos mentais, inabilitados e incapazes em geral.

²³ Diz o seguinte o artigo 143.^o, na sua versão oficial:

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

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

3 - Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

4 - El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera

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

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

De entre as definições constantes do artigo 3.º, destaca-se, com relevância direta para a matéria sob análise, a noção de «consentimento informado»: a aceitação livre, voluntária e consciente de um paciente, manifestada no pleno uso das suas faculdades depois de ser posto ao corrente da informação adequada, para que determinada atuação médica que afete a sua saúde tenha lugar.²⁴

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.²⁵

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."

²⁴ 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.*"

²⁵ 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.²⁶

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

HOLANDA

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

O regime desta lei foi estabelecido em articulação com as secções 293 (sobre o homicídio a pedido da vítima) e 294 (sobre o suicídio assistido) do [Código Penal](#) holandês, ficando estes adaptados em conformidade.²⁷

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.

²⁶ 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.*"

²⁷ 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 irresponsabilização criminal do ato do médico ocorre também no caso do suicídio assistido previsto no n.º 1 da secção 294 do Código Penal, por via do disposto no n.º 2, o qual remete, *mutatis mutandis*, para a causa de exclusão da ilicitude prevista no n.º 2 da secção 293.

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

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

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

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

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

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

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

Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS)

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

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

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

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

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

Os médicos têm permissão, em situações excecionais definidas na lei²⁸, de executar a eutanásia a recém-nascidos e, em situações de graves anomalias detetadas no feto, praticar o aborto no termo do período de gestação.

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

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

²⁸ Cujo texto pode ser verificado em <http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/Nether.abo.htm>.

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

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

III. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria

• Iniciativas legislativas

Efetuada consulta à base de dados da Atividade Parlamentar (AP), verificou-se que se encontram em apreciação, na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.ª), as seguintes iniciativas legislativas sobre matéria conexa com a presente:

- [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”, e
- [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”.

• Petições

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

Em apreciação na mesma Comissão encontra-se a [Petição n.º 250/XIII/2.ª](#) – Toda a Vida tem Dignidade, de que é primeira peticionante a Federação Portuguesa pela Vida e outros 14195 subscritores, e que deu entrada

[Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª \(PS\)](#)

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

na Assembleia da República em 25 de janeiro de 2017. A Comissão constituiu, tal como fizera para a Petição n.º 103/XIII, um grupo de trabalho que realiza audições e reúne contributos escritos sobre a matéria, tendo em vista a aprovação do respetivo relatório final.

IV. Consultas e contributos

A Comissão promoveu, em 19 de abril de 2018, a consulta escrita das seguintes entidades institucionais: Conselho Superior da Magistratura, Conselho Superior do Ministério Público, Ordem dos Advogados, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Ordem dos Médicos, Ordem dos Psicólogos e Ordem dos Enfermeiros.

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

Considerando que a iniciativa preconiza a criação da Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA), de funcionamento no âmbito da Assembleia da República, que «assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários», sugere-se, para ponderação pelo Relator nomeado e pela Comissão, que seja também solicitada a emissão de parecer escrito pelo Conselho de Administração da Assembleia da República, tendo em conta as competências que lhe são atribuídas pelo artigo 15.º da Lei de Organização e Funcionamento da Assembleia da República, aprovada pela Lei n.º 77/88, de 1 de julho, e subsequentemente alterada.

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

Em face da informação disponível, não é possível determinar ou quantificar eventuais encargos resultantes da aprovação da presente iniciativa. Não obstante, a presente iniciativa parece poder implicar encargos orçamentais, pelo menos, para o Orçamento da Assembleia da República, ao prever a criação de uma Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte, junto da Assembleia da República, que asseguraria os encargos com o seu funcionamento e o necessário apoio técnico e administrativo.

Projeto de Lei n.º 838/XIII (3.ª) - Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível

Data de admissão: 23 de abril de 2018

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

Índice

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

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

Data: 8 de maio de 2018

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

O presente Projeto de Lei, da iniciativa dos dois Deputados do Grupo Parlamentar do PEV, visa definir as condições e estabelecer o procedimento específico da morte medicamente assistida, alterando concomitantemente o Código Penal, no sentido da sua despenalização.

Invocam os proponentes a necessidade de concretização do *"debate no Parlamento, sobre a despenalização da morte assistida"*, iniciado com a [petição n.º 103/XIII/1.^a](#), para o qual o PEV anunciou que *"contribuiria inequivocamente (...) e para a busca de resultados"*. Explicam que o Projeto de Lei materializa esse anúncio, visando *"contribuir para um debate não no plano teórico, mas sim sustentado em propostas concretas"*, *"para que possa haver uma consequência efetiva na garantia da dignidade da pessoa humana"*.

De acordo com a exposição de motivos da iniciativa, é a dignidade da pessoa humana, enquanto princípio constitucional, que sustenta a iniciativa, no sentido de que *"uma pessoa que padece garantida e inequivocamente de uma doença sem cura, irreversível e fatal, causadora de um sofrimento intolerável e atroz"* deve poder solicitar que *"por compaixão lhe permitam não viver dessa forma e que a ajudem a antecipar a morte de forma tranquila e indolor"*. Considera o proponente que se trata de *"respeitar a vontade do titular do direito à vida. E trata-se de não lhe impor o dever ou a obrigação de viver a sofrer grave e intoleravelmente"*, enfatizando que *"em absolutamente nada, contribui para reduzir, aligeirar ou desresponsabilizar o Estado relativamente ao seu dever de garantir o acesso dos doentes aos cuidados paliativos e de assegurar uma boa rede de cuidados continuados"*.

Acrescentam os proponentes que a iniciativa acautela o *"pressuposto"* da *"garantia de não influência ou pressão, de qualquer ordem, sobre a pessoa em causa"*, no sentido de ninguém ser obrigado a *"escolher a antecipação da sua morte"* e, do mesmo modo, a iniciativa prevê o direito à objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde.

Invocando o facto de *"a autodeterminação do doente [ter vindo a fazer] o seu caminho"*, os proponentes observam que a salvaguarda do bem jurídico vida inclui também *"o direito a decidir como e quando se quer terminá-lo"*, num *"processo ponderado, cuidado e respeitador sobretudo do doente, mas também da sua família"*, com a participação de vários intervenientes e apenas em hospitais públicos, com início em *"pedido voluntário e livre, sério, reiterado, expresso, escrutinável do doente"*, *"consciente, capaz, informado e maior de idade"*.

A par da alteração dos 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 tornar não puníveis as condutas de homicídio a

pedido ou de ajuda ao suicídio praticadas por médico e "demais pessoal clínico que o assista", cumprindo integralmente os procedimentos e condições previstos na lei", bem como de tornar não punível, distinguindo-a da propaganda, a prestação de informação por médico ou enfermeiro, a pedido expresso de outra pessoa, sobre o suicídio medicamente assistido (artigo 139.º) ", a iniciativa dispõe nos seus artigos 3.º a 14.º sobre o procedimento:

- Definindo as condições, pressupostos e método da morte medicamente assistida – praticada de forma indolor e tranquila compatível com os conhecimentos médicos e científicos; a pessoa "em situação de profundo sofrimento decorrente de doença grave, incurável", sem "esperança de melhoria clínica"; "em estado terminal ou com lesão altamente incapacitante e definitiva", sob "pedido sério, livre, pessoal, reiterado, instante e expresso", com garantia da sua "consciência, liberdade, esclarecimento e capacidade", unicamente mediante a "administração de fármacos letais";
- Estabelecendo os requisitos, condições e forma do pedido – doente maior, com nacionalidade portuguesa ou residência legal em Portugal, em tratamento ou acompanhamento no Serviço Nacional de Saúde; que não sofra de doença mental ou psíquica ou seja considerado juridicamente incapaz; pedido sério, livre, pessoal, reiterado, instante, expresso, consciente e informado; sob a forma escrita, assinado na presença do médico que acompanha o doente (titular), após informação detalhada da sua situação clínica, evolução, alternativas terapêuticas, possibilidade de invocação de objeção de consciência e designação de outro médico; possibilidade de revogação do pedido a qualquer momento e sem exigência de fundamentação;
- Regulando o procedimento inicial no estabelecimento de saúde – contacto da Direção do estabelecimento com os familiares ou outras pessoas indicadas pelo doente e solicitação de relatório ao médico titular;
- Prevendo a criação de Comissões de Verificação, uma por cada Administração Regional de Saúde (ARS) – composição, nomeação (pela ARS, pelas Ordens dos Médicos, dos Enfermeiros e dos Advogados e pelo Conselho Superior do Ministério Público, mandato (5 anos), remetendo-se para regulamentação a forma e apoios ao seu funcionamento;
- Regulando o procedimento a seguir nas Comissões de Verificação – verificação da conformidade legal do pedido; solicitação de relatório de avaliação a um médico psiquiatra reconhecido, com possibilidade de solicitação de outros relatórios de avaliação médica; agendamento de reiteração do pedido; exigência cumulativa de relatórios favoráveis do médico titular e da avaliação psiquiátrica; possibilidade de reanálise a pedido do doente;
- Conclusão do procedimento: deliberação da Comissão de Verificação, reiteração do pedido, realização em estabelecimento do SNS, com presença obrigatória do médico e equipa de profissionais de saúde e

das pessoas escolhidas pelo doente; última manifestação da vontade de antecipação da morte; certificação do óbito;

- Definição do direito à objeção de consciência dos profissionais de saúde e a isenção de sanções disciplinares em relação aos que participem no processo;
- Previsão de uma cláusula de avaliação legislativa do regime a aprovar, através de uma Comissão de Avaliação – a criar em regulamentação própria, com obrigação de apresentação à Assembleia da República e ao Governo de relatórios estatísticos;
- Determinação de regulamentação da Lei a aprovar no prazo de 6 meses;
- Início de vigência no dia seguinte ao da publicação.

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

Petição n.º 103/XIII/1.ª

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

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

Petição n.º 250/XIII/2.ª

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

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

O Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª é subscrito por dois Deputados do Grupo Parlamentar do Partido Ecologista “Os Verdes” ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 167.º da [Constituição](#) e no artigo 118.º do [Regimento da Assembleia da República](#) (doravante Regimento), que consagram o poder de iniciativa da lei. Trata-se de um poder dos Deputados, nos termos da alínea b) do artigo 156.º da Constituição e da alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento, e dos grupos parlamentares, nos termos da alínea g) do n.º 2 do artigo 180.º da Constituição e da alínea f) do artigo 8.º do Regimento.

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

De igual modo, encontram-se respeitados os limites à admissão das iniciativas, previstos no n.º 1 do artigo 120.º do Regimento, uma vez que este projeto de lei não parece infringir princípios constitucionais e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa.

Não obstante, a presente iniciativa legislativa parece acarretar encargos orçamentais, designadamente ao prever a criação de uma Comissão de Avaliação pelo Governo, nos termos do artigo 13.º, e de Comissões de Verificação, por cada área de Administração Regional de Saúde, previstas no artigo 7.º.

Tendo em conta que a iniciativa prevê que a sua entrada em vigor será no dia seguinte ao da publicação como lei, e que o artigo 15.º do projeto de lei prevê a sua regulamentação pelo Governo no prazo de seis meses, resulta da aprovação da iniciativa e da respetiva regulamentação a criação de encargos com reflexos orçamentais.

Caso se pretenda garantir a plena salvaguarda do princípio consagrado no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição e n.º 2 do artigo 120.º do Regimento, que limita a apresentação de iniciativas que “envolvam, no ano económico em curso, aumento das despesas ou diminuição das receitas do Estado previstas no Orçamento”, conhecido por lei-travão, poder-se-á analisar a possibilidade de alterar a norma sobre vigência, para que o início de vigência ou produção de efeitos desta iniciativa não possa ocorrer antes da entrada em vigor do Orçamento do Estado subsequente.

O projeto de lei em apreciação deu entrada a 20 de abril de 2018. Foi admitido e baixou na generalidade à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.ª), com conexão para a Comissão de Saúde (9.ª) a 23 de abril, por despacho de S. Ex.ª o Presidente da Assembleia da República, tendo sido

Projeto de Lei n.º 838/XIII (3.ª)

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

anunciado em sessão plenária no dia 24 de Abril e a respetiva discussão na generalidade encontra-se agendada, conjuntamente com a de outras iniciativas de objeto idêntico, para a reunião plenária de dia 29 de maio - cfr. Súmula da Conferência de Líderes n.º 65, de 2 de maio de 2018.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

O título da presente iniciativa legislativa - *"Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível"* - traduz sinteticamente o seu objeto, mostrando-se conforme ao disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, conhecida como *lei formulário*¹, embora, em caso de aprovação, possa ser objeto de aperfeiçoamento, em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

O n.º 1 do artigo 6.º da referida lei formulário determina que *"os diplomas que alterem outros devem indicar o número de ordem da alteração introduzida e, caso tenha havido alterações anteriores, identificar aqueles diplomas que procederam a essas alterações, ainda que incidam sobre outras normas"*,

Consultado o [Diário da República Eletrónico](#), verifica-se que o Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, foi alterado até à data por quarenta e cinco diplomas², pelo que se sugere à Comissão o seguinte aperfeiçoamento do título:

"Define o regime e as condições para a morte medicamente assistida não punível, procedendo à quadragésima sexta alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro"

Os autores não promoveram a republicação, em anexo, do Código Penal, nem se verificam quaisquer dos requisitos de republicação de diplomas alterados, previstos no artigo 6.º da *lei formulário*, uma vez que a

¹ Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, que estabelece um conjunto de normas sobre a publicação, a identificação e o formulário dos diplomas, alterada e republicada pelas Leis n.ºs 2/2005, de 24 de janeiro, 26/2006, de 30 de junho, 42/2007, de 24 de agosto, e [43/2014, de 11 de julho](#).

² Lei n.º 6/84, de 11 de maio, Decretos-Leis n.ºs 101-A/88, de 26 de março, 132/93, de 23 de abril, e 48/95, de 15 de março, Leis n.ºs 90/97, de 30 de julho, 65/98, de 2 de setembro, 7/2000, de 27 de maio, 77/2001, de 13 de julho, 97/2001, 98/2001, 99/2001 e 100/2001, de 25 de agosto, e 108/2001, de 28 de novembro, Decretos-Leis n.ºs 323/2001, de 17 de dezembro, e 38/2003, de 8 de março, Leis n.ºs 52/2003, de 22 de agosto, e 100/2003, de 15 de novembro, Decreto-Lei n.º 53/2004, de 18 de março, Leis n.ºs 11/2004, de 27 de março, 31/2004, de 22 de julho, 5/2006, de 23 de fevereiro, 16/2007, de 17 de abril, 59/2007, de 4 de setembro, 61/2008, de 31 de outubro, 32/2010, de 2 de setembro, 40/2010, de 3 de setembro, 4/2011, de 16 de fevereiro, 56/2011, de 15 de novembro, 19/2013, de 21 de fevereiro, 60/2013, de 23 de agosto, Lei Orgânica n.º 2/2014, de 6 de agosto, Leis n.ºs 59/2014, de 26 de agosto, 69/2014, de 29 de agosto, e 82/2014, de 30 de dezembro, Lei Orgânica n.º 1/2015, de 8 de janeiro, e Leis n.ºs 30/2015, de 22 de abril, 81/2015, de 3 de agosto, 83/2015, de 5 de agosto, 103/2015, de 24 de agosto, 110/2015, de 26 de agosto, 39/2016, de 19 de dezembro, 8/2017, de 3 de março, 30/2017, de 30 de maio, 94/2017, de 23 de agosto, 16/2018, de 27 de março

presente iniciativa, procedendo à alteração a um código, se enquadra na exceção constante na alínea a) do n.º 3 desse artigo ³.

Em caso de aprovação, esta iniciativa revestirá a forma de lei, nos termos do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, pelo que deve ser objeto de publicação na 1.ª série do Diário da República, em conformidade com o disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da *lei formulário*.

No que respeita ao início de vigência, o artigo 16.º da iniciativa estabelece que a sua entrada em vigor ocorrerá no dia seguinte ao da sua publicação, estando em conformidade com o previsto no n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, segundo o qual os atos legislativos “*entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início de vigência verificar-se no próprio dia da publicação*”.

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

III. Enquadramento legal e doutrinário e antecedentes

• Enquadramento legal nacional e antecedentes

A matéria objeto da iniciativa legislativa em apreço foi já objeto do [Projeto de Lei n.º 418/XIII](#), apresentado pelo PAN, do [Projeto de Lei n.º 773/XIII](#), apresentado pelo BE, e do [Projeto de Lei n.º 832/XIII](#), apresentado pelo PS, sobre idêntica matéria, justificando-se, assim, reproduzir o que se expôs nas respetivas notas técnicas.

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

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

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

³ “Deve ainda proceder-se à republicação integral dos diplomas que revistam forma de lei, em anexo, sempre que:

a) *Existam mais de três alterações ao ato legislativo em vigor, salvo se se tratar de alterações a Códigos*”.

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^{4,5}

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

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

Penalistas como Manuel Lopes Maia Gonçalves⁶ consideram que a eutanásia se inclui na previsão do artigo 133.º, sendo de assinalar a posição do autor do projeto inicial de Código Penal manifestada, a este respeito, na seguinte transcrição das atas da respetiva comissão revisora: “Em relação a esta” (a eutanásia ativa) “segue-se portanto uma solução intermédia: nem se pune como homicídio nem se deixa de punir. Aliás, este crime privilegiado tem também por função impedir que os tribunais deixem de punir a eutanásia ativa por meio de recurso ao princípio da não exigibilidade. Pretende-se a sua punição, mas só dentro dos limites do artigo.” A distanásia – entende o mesmo penalista – não é punida e a ortotanásia, pese embora a sua delicadeza, tem sido considerada uma ação justificada e como tal sem relevância criminal. Tem sido entendido ser ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes, mais ainda quando causam incómodo e sofrimento ao doente, pelo que tal interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia ativa (eutanásia passiva ou por omissão), assim como também é ética a aplicação de medicamentos destinados a aliviar a dor do paciente, ainda que possa ter, como efeito secundário, redução de tempo previsível de vida (eutanásia indireta ou eventual).

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

⁴ Texto consolidado retirado do portal eletrónico do Diário da República.

⁵ A doutrina divide-se em qual dos dois preceitos o ato se subsume.

⁶ “Manuel Lopes Maia Gonçalves, Código Penal Português, Anotado e Comentado – Legislação Complementar, 18.ª edição, 2007, Almedina”.

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

Sublinhe-se que, não tendo embora Portugal descriminalizado a prática da eutanásia e do suicídio assistido em relação a pessoas em estado de doença terminal, já admite o testamento vital, que consiste na formulação em vida de um "documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente" ([Lei n.º 25/2012, de 16 de julho](#)⁷, e [Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio](#)⁸).⁹

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 ortotanásia.

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."

⁷ "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)".

⁸ "Regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)".

⁹ A propósito da conformação do instituto das diretivas antecipadas da vontade, esta legislação acaba por definir também, indiretamente, a ortotanásia e a distanásia, descriminalizando-as.

Aiém 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](#)¹⁰). Este direito, expressamente consagrado, tem importância fulcral para a compreensão da questão da eutanásia passiva, permitida nos casos em que o paciente declare não pretender continuar com os tratamentos.

De entre as normas deontológicas vinculativas para os profissionais de saúde, sublinhamos as que constam do [Estatuto dos Enfermeiros](#)¹¹, cujo artigo 103.º estabelece, sob a epígrafe “Dos direitos à vida e à qualidade de vida”, o seguinte:

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

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

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

Diz o primeiro o seguinte:

“Artigo 105.º

Do dever de informação

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

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

¹⁰ “Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde”. A ligação eletrónica refere-se ao texto consolidado constante do Diário da República Eletrónico (DRE).

¹¹ Consta de anexo da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (“Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais”), a qual modificou, republicando, o diploma original que aprovara o Estatuto. O DRE disponibiliza ainda uma [versão consolidada](#) do Estatuto dos Enfermeiros.

Refere o segundo:

"Artigo 108.º

Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida

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

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

Por seu turno, o artigo 138.º do [Estatuto da Ordem dos Médicos](#)¹² prevê o direito destes profissionais de saúde à objeção de consciência e o seu [Regulamento de Deontologia Médica](#)¹³ proíbe expressamente a eutanásia, o suicídio assistido e a distanásia, dando relevo, no respeito pela dignidade do doente no fim da vida, aos cuidados paliativos (artigos 65.º a 67.º).

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

"Capítulo II

Fim da vida

Artigo 65.º

O fim da vida

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

Artigo 66.º

Cuidados paliativos

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

¹² 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").

¹³ Regulamento da Ordem dos Médicos n.º 707/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 139, de 21 de julho de 2016.

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

Artigo 67.º

Morte

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

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

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

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

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

Finalmente, a [Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro](#), denominada Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagra a linha de orientação que se deteta nos códigos deontológicos, erigindo os cuidados paliativos a direito do doente terminal (Base IV, alínea c), e Base V, n.º 1), qualificando a obstinação terapêutica como má prática clínica e infração disciplinar (Base IV, alínea a), e Base XXXII), criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e integrando na RNCP as unidades e equipas criadas no âmbito do [Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho](#), que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Base XXXIV)¹⁴.

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

¹⁴ Versão consolidada retirada do DRE.

- **Enquadramento doutrinário/bibliográfico**

Bibliografia específica

BARBOSA, Mafalda Miranda – Dignidade e autonomia a propósito do fim da vida. **O Direito**. Ano 148º (2016, II). 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**. A. 36, nº 108 (sept. – dic. 2016), p. 337-356. Cota: RE-343

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

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: No referenciado estudo, o autor faz uma avaliação crítica dos argumentos a favor e contra a eutanásia ou morte assistida, para que o leitor possa formar e fundamentar a sua própria opinião sobre este assunto que interessa a todos. As preocupações aqui expressas prendem-se não tanto com a morte, mas mais com as opções com que seremos confrontados num processo de morte sob “sofrimento 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 reúne os testemunhos de pessoas que têm vivido por dentro e em diferentes âmbitos a realidade dos cuidados paliativos (profissionais, voluntários, pessoas doentes e seus familiares). Isabel Galriça Neto, coordenadora da referida obra, afirma-se contra a legalização da eutanásia e do suicídio assistido, sublinhando que a solução para esta situação, que atualmente fratura a sociedade portuguesa, não será a legalização da eutanásia, mas sim o desenvolvimento dos serviços de cuidados paliativos. “Uma lei que legalizasse a eutanásia por pretensão sofrimento intolerável (...) poderia conduzir a múltiplos abusos com consequências perigosas (...), passar-se-ia de casos ocasionais de doença terminal para uma dimensão de milhares de casos por ano, com motivos que vão desde a depressão, o “estar cansado de viver” ou o não querer ser um fardo para terceiros. É isto que nos mostra a realidade da Holanda e da Bélgica”.

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]

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

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

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".

SAGEL-GRANDE, Irene – Eutanásia na Holanda : a evolução da actual regulamentação jurídica, sua prática e um novo projecto de lei-quadro. **Revista do Ministério Público**. Lisboa. ISSN 0870-6107. A. 38, nº 152 (out./dez. 2017) p. 93-134. Cota: RP - 179

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

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

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

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

• Enquadramento internacional

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

Para além disso, a documentação produzida a propósito da apreciação da [Petição n.º 103/XIII e respetivo Grupo de Trabalho](#) contém bastantes elementos para, em conjunto com a numerosa bibliografia existente sobre a matéria, proporcionar a devida reflexão e ponderação do assunto em discussão, sem esquecer, no respeito do contraditório, a posição dos que defendem que a eutanásia e o suicídio assistido devem continuar a ser proibidos, designadamente os subscritores da [Petição n.º 250/XIII](#) e do [Projeto de Lei n.º 565/XIII](#) (CDS-PP).

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

Países europeus

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

BULGÁRIA

O artigo 97.º de uma [lei geral sobre saúde](#)¹⁵ proíbe expressamente a prática da eutanásia relativamente a seres humanos,¹⁶ a qual é punida como crime de homicídio (previsto no artigo 115.º do [Código Penal](#)¹⁷).

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).¹⁸

¹⁵ Que, na versão em inglês encontrada, se designa por *Health Act*.

¹⁶ 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 e de 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.

¹⁷ Versão em inglês.

¹⁸ 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.

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

Na esteira de alguns outros ordenamentos jurídicos, também esta lei regula com algum detalhe o direito aos cuidados paliativos. Balizado pelo direito essencial do paciente a que todas as atividades médicas sejam realizadas com o seu consentimento expresso (artigo 87.º¹⁹), salvo em determinadas circunstâncias previstas especialmente na lei (conforme admitido no artigo 91.º), o n.º 1 do artigo 95.º determina que o paciente tem direito a cuidados médicos paliativos no caso de doenças incuráveis com prognóstico desfavorável. Precisa o n.º 2 desse preceito, num esforço evidente para delimitar o alcance do conceito, que o objetivo dos cuidados médicos paliativos é a manutenção da qualidade de vida do doente através da redução ou eliminação de alguns sintomas imediatos das enfermidades, bem como dos seus efeitos psicológicos e sociais adversos.

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

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

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

ESPAÑA

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

(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”.

¹⁹ A lei acautela também, nesse artigo, os casos de suprimento da vontade de menores, pessoas com transtornos mentais, inabilitados e incapazes em geral.

incriminada no n.º 2, mas especialmente atenuada e reduzida. A pena prevista no n.º 1 (incitamento) é de 4 a 8 anos de prisão, a do n.º 2 (ajuda) de 2 a 5 anos de prisão. Aplica-se pena de 6 a 10 anos de prisão se da ajuda resultar a morte do suicida (n.º 3 do artigo 143.º).²⁰

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

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

De entre as definições constantes do artigo 3.º, destaca-se, com relevância direta para a matéria sob análise, a noção de "consentimento informado": a aceitação livre, voluntária e consciente de um paciente, manifestada no pleno uso das suas faculdades depois de ser posto ao corrente da informação adequada, para que determinada atuação médica que afete a sua saúde tenha lugar.²¹

O consentimento é, em regra, oral, 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

²⁰ Diz o seguinte o artigo 143.º, na sua versão oficial:

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

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

3 - Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

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

²¹ 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."*

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.²²

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.²³

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

HOLANDA

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

O regime desta lei foi estabelecido em articulação com as secções 293 (sobre o homicídio a pedido da vítima) e 294 (sobre o suicídio assistido) do [Código Penal](#) holandês, ficando estes adaptados em conformidade.²⁴

²² Para além da análise estrita do articulado da lei, servimo-nos ainda de respostas apresentadas pelo Parlamento espanhol no âmbito do CERDP.

²³ 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.*"

²⁴ 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As pessoas têm também a possibilidade, através da utilização de um cartão com a frase "Não Ressuscite", que devem sempre transportar consigo, de não serem reanimadas ou ressuscitadas numa situação médica

de emergência. Este cartão deve ter o nome, idade, assinatura e fotografia da pessoa e a referência a diretivas antecipadas da vontade que porventura existam.

Os médicos têm permissão, em situações excecionais definidas na lei²⁵, de executar a eutanásia a recém-nascidos e, em situações de graves anomalias detetadas no feto, praticar o aborto no termo do período de gestação.

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

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

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

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

IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria

- **Iniciativas legislativas**

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

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

²⁵ Cujos textos podem ser verificados em <http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/Nether.abo.htm>.

Em apreciação, na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.^a), encontram-se as seguintes iniciativas legislativas sobre matéria conexas com a presente:

- [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”, e
- [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”.

Todas estas iniciativas têm discussão e votação na generalidade agendadas para a sessão plenária de 29 de maio de 2018.

• Petições

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

Em apreciação na mesma Comissão encontra-se a [Petição n.º 250/XIII/2.^a](#) – Toda a Vida tem Dignidade, de que é primeira peticionante a Federação Portuguesa pela Vida e outros 14195 subscritores, e que deu entrada na Assembleia da República em 25 de janeiro de 2017. A Comissão constituiu, tal como fizera para a Petição n.º 103/XIII, um grupo de trabalho que realizou audições e reuniu contributos escritos sobre a matéria, tendo em vista a aprovação do respetivo relatório final.

V. Consultas e contributos

A Comissão promoveu, em 26 de abril de 2018, a consulta escrita das seguintes entidades institucionais: Conselho Superior da Magistratura, Conselho Superior do Ministério Público, Ordem dos Advogados, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Psicólogos e Ordem dos Médicos.

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

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

Em face da informação disponível, não é possível determinar ou quantificar eventuais encargos resultantes da aprovação da presente iniciativa. Não obstante, a presente iniciativa legislativa parece acarretar encargos orçamentais, designadamente ao prever a criação de uma Comissão de Avaliação pelo Governo, nos termos do artigo 13.º, e de Comissões de Verificação, por cada área de Administração Regional de Saúde, previstas no artigo 7.º

