



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

EXCELENTÍSSIMO SENHOR
PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA DA
REPÚBLICA

Ofício n.º 810/1ª-CACDLG/2016
NU: 548713

Data: 06-12-2016

Assunto: Relatório Final da Petição n.º 103/XIII/1.ª - "Solicitam a despenalização da morte assistida".

Nos termos do n.º 8 do art.º 17.º e do n.º 2 do art.º 19º da Lei n.º. 43/90, de 10 de Agosto (com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho e 45/2007 de 24 de Agosto), junto tenho a honra de remeter a Vossa Excelência o **Relatório Final** referente à **Petição n.º 103/XIII/1.ª - "Solicitam a despenalização da morte assistida"**, cujo parecer, aprovado por unanimidade com ausência do PEV, na reunião da Comissão de 30 de novembro de 2016, é o seguinte:

- 1) O objeto da Petição n.º 103/XIII/1ª é claro, está bem especificado e os/as seus/suas subscritores/as encontram-se devidamente identificados/as;*
- 2) Os demais requisitos formais e procedimentais da Lei n.º 43/90, de 10 de agosto (Lei do Exercício do Direito de Petição) estão preenchidos;*
- 3) Tendo sido subscrita por 8427 peticionários/as, a Petição n.º 103/XIII/1ª reúne as condições para ser apreciada em sessão plenária da Assembleia da República, de acordo com o disposto no artigo 24º n.º 1 alínea a) da Lei do Exercício do Direito de Petição;*
- 4) Em cumprimento do artigo 26º da Lei sobre o Exercício do Direito de Petição, deve a petição ser publicada no Diário da Assembleia da República, bem como o respetivo relatório da Comissão Parlamentar de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.*

Cumpre-me ainda informar V. Ex.ª que, de acordo com a alínea m) do n.º 1 do art.º 19.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, na redação que lhe foi conferida pelas Leis n.ºs 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho e 45/2007, de 24 de Agosto, já informei o peticionário do presente relatório.

Com os melhores cumprimentos,

O PRESIDENTE DA COMISSÃO

(Bacelar de Vasconcelos)



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS,
DIREITOS, LIBERDADES E GARANTIAS

RELATÓRIO FINAL

PETIÇÃO Nº 103/XIII/1ª:
“SOLICITAM A DESPENALIZAÇÃO DA
MORTE ASSISTIDA”

1. A Petição

A Petição nº 103/XIII/1ª foi entregue na Assembleia da República no dia 26 de abril de 2016 e nessa mesma data baixou à Comissão de assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, tendo o despacho da Senhora Vice-Presidente da Assembleia da República referido que a apreciação a fazer por esta Comissão seria “em conexão” com a Comissão de Saúde”.

Tendo como primeiro peticionante João Carlos Leitão Ribeiro Santos, a Petição é subscrita por 8427 pessoas. De acordo com a Nota de Admissibilidade, “o objeto desta petição está especificado e o texto é inteligível, os/as peticionários/as encontram-se corretamente identificados (...) e mostra[m]-se ainda genericamente presentes os demais requisitos formais e de tramitação” constantes do Regime Jurídico do Exercício do Direito de Petição.”



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

“Exortando os deputados e os grupos parlamentares a discutir e a promover as iniciativas legislativas necessárias á despenalização da morte assistida”, os/as peticionários/as solicitam “a despenalização e regulamentação da morte assistida como uma expressão concreta dos direitos individuais à autonomia, à liberdade religiosa e à liberdade de convicção e consciência, direitos inscritos na Constituição”, a qual “define a vida como direito inviolável mas não como dever irrenunciável.”

Consideram os/as peticionários/as que *“a morte assistida consiste no ato de, em resposta a um pedido do próprio – informado, consciente e reiterado – antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento e sem esperança de cura”, constituindo para eles/as “um direito do doente que sofre e a quem não resta outra alternativa, por ele tida como aceitável ou digna, para pôr termo ao seu sofrimento.”* Nessas circunstâncias, trata-se, em sua opinião, de *“um ato compassivo e de beneficência.”* Entendem os/as peticionários/as que a morte assistida pode revestir *“duas modalidades – ser o doente a auto-administrar o fármaco letal (suicídio medicamente assistido) ou ser este administrado por outrem (eutanásia)”*. Num e noutro caso, *“é sempre efetuada por médico ou por sua orientação e supervisão”*. Mais entendem os/as peticionários/as que *“a morte assistida não entra em conflito nem exclui o acesso aos cuidados paliativos e a sua despenalização não significa menor investimento nesse tipo de cuidados.”* E recordam que *“o consentimento informado, o direito de aceitação ou recusa de tratamento, a condenação da obstinação terapêutica e as Diretivas Antecipadas de Vontade (Testamento Vital) são expressões de como “os direitos individuais no domínio da autodeterminação da pessoa doente têm vindo a ser progressivamente reconhecidos e salvaguardados.”*

Por fim, defendendo que *“a despenalização da morte assistida não a torna obrigatória para ninguém, apenas a disponibiliza como uma escolha legítima”, os/as peticionários/as concluem que “o direito a*



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

morrer em paz e de acordo com os critérios de dignidade que cada um construiu ao longo da sua vida” deve passar a fazer parte do património ético da humanidade”, tal como o direito à vida já faz.

2. O Direito Português aplicável e o Direito comparado

2.1. O Direito Português aplicável

2.1.1. A Constituição da República

A problemática da morte como momento terminal da vida é, ainda que não a título autónomo, objeto de regulação pela Constituição da República.

Dispõe o artigo 24º que “*a vida humana é inviolável*”. Não cabe no escopo deste relatório tomar partido entre as diferentes interpretações do alcance substantivo do preceito constitucional. Não tomando partido entre essas diferentes perspetivas de leitura da lei fundamental, este relatório constata a existência dessa pluralidade de interpretações. Aliás, a necessária consideração do princípio da dignidade da pessoa humana – e não apenas do direito à vida estreitamente considerado – como dispositivo constitucional relevante para a conformação do problema suscitado pela Petição em apreço, mais adensa a necessidade de uma visão não linear e não redutora dos conteúdos constitucionais da vida e do direito à vida. Com efeito, se a consagração constitucional do direito à vida impõe, como mínimo, um direito a não ser privado da vida (homicídio, pena de morte), o princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado como uma das bases da República Portuguesa no artigo 1º da Constituição, “articula-se com a liberdade de conformação e de orientação da vida segundo o projeto espiritual de cada pessoa, o que



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

aponta para a necessidade de, não obstante a existência de uma constante antropológica, haver uma abertura às novas exigências da própria pessoa humana”¹. E, articulando estas duas previsões constitucionais, Gomes Canotilho e Vital Moreira referem que “este dever de proteção [do bem jurídico ‘vida humana’] coloca, por sua vez, delicadas questões relacionadas com a autonomia da pessoa (‘direito ao corpo’, suicídio, colocação da vida em perigo, consentimento de tratamentos médicos, ‘liberdade de morrer’)².”

2.1.2. O Código Penal

No sistema jurídico-penal português, a pretensão suscitada pela Petição em análise pode, em abstrato, ser subsumível em dois tipos legais de crimes: homicídio privilegiado (artigo 133.º do Código Penal), homicídio a pedido da vítima (artigo 134.º do Código Penal). Nestes dois tipos legais de crime verifica-se uma diminuição sensível da culpa do seu agente em razão de circunstâncias especiais que determinaram a sua conduta: no primeiro, quando o comportamento do agente do crime é dominado por “*compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral*” (punível com pena de prisão de 1 a 5 anos); no segundo, quando o comportamento daquele é “*determinado por pedido sério, instante e expresso*” da vítima (punível com pena de prisão até 3 anos).

Cumprido, por outro lado, fazer referência ao crime de incitamento ou auxílio ao suicídio previsto no artigo 135.º do Código Penal. O seu n.º 1 estatui que “*quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 3 anos, se o*

¹ Gomes Canotilho, J. e Moreira, V., Constituição da República Portuguesa Anotada, 4ª ed. revista, reimpressão, Vol. I. Coimbra: Coimbra Editora, p. 199.

² Ibidem, p. 447.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

suicídio vier efetivamente a ser tentado ou a consumir-se”, preceituando, por sua vez, o n.º 2 que “se a pessoa incitada ou a quem se presta ajuda for menor de 16 anos ou tiver, por qualquer motivo, a sua capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos”.

2.1.3. Legislação sobre direitos dos/as doentes

A ordem jurídica portuguesa tem evidenciado desenvolvimentos na definição de direitos dos/as doentes que se evidenciam de grande relevância para a apreciação da questão suscitada pela Petição ora em análise.

É assim, desde logo, com o acolhimento dado à autodeterminação individual do/a doente através da exigência de consentimento informado. A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/1990, de 24 de agosto), na sua Base XIV; a Lei nº 16/2007, de 17 de abril, sobre a interrupção voluntária da gravidez; a Lei nº 12/2005, de 26 de janeiro (Lei sobre a Informação genética e a Informação Pessoal de Saúde), no seu artigo 17º; a Lei nº 46/2004, de 19 de agosto (Regime Jurídico de Realização de Ensaio Clínicos), no seu artigo 2º; a Lei nº 32/2006, de 31 de julho, sobre a procriação medicamente assistida e, bem assim, os Códigos Deontológicos da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Médicos Dentistas e os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e da Ordem dos Farmacêuticos, entre outros diplomas, consagram o consentimento informado como requisito imperativo de variados atos médicos e, deste modo, conferem à autodeterminação do/a doente um estatuto de primeira importância na regulação jurídica da condição de doente.

Destaque-se, em segundo lugar, a Lei nº 52/2012, de 5 de setembro – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – que consagra o direito dos/as cidadãos/ãs a este tipo de cuidados médicos, regula o respetivo acesso,



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos e define a responsabilidade do Estado nesta matéria. Cumpre salientar que, preconizando a Base IX deste diploma “a melhoria das condições de vida e de bem estar das pessoas em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos”, a sua Base II sublinha como princípio a “afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica.”

Por outro lado, a Lei nº 25/2012, de 16 de julho, veio regular as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, criando para o efeito o Registo Nacional do Testamento Vital. No que é unanimemente interpretado como expressão de reforço do reconhecimento da autodeterminação individual dos/as pacientes como valor-guia da relação entre médicos/as e doentes, o artigo 2º nº 2 desta Lei estatui que “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 alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte; c) receber os cuidados paliativos adequados (...)”.

2.2. Direito Comparado

Não cabe neste relatório fazer uma referência exaustiva à abordagem que todos os direitos nacionais fazem da problemática suscitada pela Petição em análise. Esse levantamento foi muito competentemente efetuado pela Divisão de Informação Legislativa Parlamentar desta Assembleia da



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

República³. Importará outrossim identificar os termos em que as ordens jurídicas que acolhem a solução preconizada pelos/as petionários/as o fazem. É o que se procura fazer seguidamente.

- **Estados Unidos da América:** Nos Estados Unidos da América, a nível federal, o ato médico de abreviar a vida é proibido, nos termos gerais do crime de homicídio, sendo o suicídio assistido objeto de regulamentação estadual. Nos últimos 20 anos, o debate em torno da morte assistida intensificou-se no país, tendo 5 estados federados adotado disposições de acolhimento do suicídio assistido: três por via legislativa – Oregon em 1997 pelo *Death With Dignity Act*; Vermont em 2013 através do *End Of Life Choices Act*; e a Califórnia em 2015 com o *End Of Life Option Act* – e dois por via jurisprudencial – Washington em 2008 e Montana em 2009.

- **Canadá:** Depois de o Supremo Tribunal ter decidido, por unanimidade, em fevereiro de 2015, que a criminalização da eutanásia era inconstitucional, quando praticada por um médico a pedido de alguém mentalmente competente em situação de doença terminal, o senado aprovou, em junho de 2016, legislação que permite o suicídio assistido e a eutanásia ativa. A lei aprovada aplica-se a adultos mentalmente competentes com uma doença grave ou incurável em estado avançado de declínio irreversível. O pedido tem que ser escrito e corroborado por duas testemunhas independentes e é avaliado por dois médicos ou enfermeiros certificados para o efeito, seguindo-se um período de 15 dias de espera antes da concretização da decisão.

- **Holanda:** A Holanda foi o primeiro país do espaço europeu a permitir o recurso à eutanásia e ao suicídio assistido, tendo o

³ “Eutanásia e Suicídio Assistido. Legislação Comparada”. Coleção Temas nº 60, abril de 2016.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Termination Of Life Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act entrado em vigor a 1 de abril de 2002. Além deste diploma legal, o processo legislativo de descriminalização da eutanásia e do suicídio assistido passou também pela alteração da redação dos artigos do Código Penal holandês referentes ao homicídio a pedido da vítima (artigo 293º) e ao suicídio assistido (artigo 294º), os quais, nos seus respetivos nºs 2, passaram a excepcionar os médicos que cumpram os requisitos legais contemplados no artigo 2º do *Termination Of Life Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* da responsabilidade pela prática daqueles dois crimes.

Segundo a ordem jurídica holandesa, o recurso à eutanásia é admitido a menores a partir dos 12 anos, ainda que a sua prática esteja dependente do consentimento dos seus pais ou representantes legais, sendo admitida sem este consentimento a partir dos 16 anos desde que seja assegurado o envolvimento dos pais no processo de decisão. Após os 18 anos, desaparecem todas as exigências ao nível da autorização e aconselhamento por parte dos progenitores ou representantes legais.

De acordo com o mencionado artigo 2.º, a prática da eutanásia e do suicídio assistido são admitidas quando, de forma consciente, reiterada e convicta o doente, num estado de sofrimento insuportável e sem perspectivas de melhoria, manifestar essa vontade. Tal vontade e tal condição do doente devem ser avaliados pelo médico, a quem cabe a obrigação de informar escrupulosamente o doente do seu estado, bem como avaliar se este se encontra em fase terminal, padecendo de grande sofrimento físico e psicológico. Este diagnóstico deve depois ser, igualmente, confirmado por outro médico. Por fim, é também obrigação do médico a comunicação, *a posteriori*, de cada caso ao médico patologista municipal e à Comissão de Controlo da Eutanásia. Pelo incumprimento destas regras incorrem os médicos em



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

responsabilidade criminal, cujas penas vão até aos 12 anos, nos casos de eutanásia, e até aos 3 anos, nos casos de suicídio assistido.

Bélgica: A 28 de Maio de 2002 entrou em vigor na Bélgica a lei que descriminaliza a eutanásia – em todas as suas modalidades: abreviamento da vida por terceiro, suicídio assistido e deixar morrer – tendo este direito sido depois estendido a menores em 2014. Nos termos do artigo 2º da lei belga, entende-se por eutanásia “*o ato, praticado por alguém, de intencionalmente pôr termo à vida de outra pessoa a pedido desta*”.

O artigo 3º da Lei de 28 de maio de 2002 preceitua que o médico que pratique eutanásia não comete infração se tiver assegurado que “*o paciente é maior ou menor emancipado capaz ou ainda menor dotado de capacidade de discernimento e está consciente no momento do pedido; o pedido é feito de forma voluntária, refletida e repetida, sem qualquer pressão externa; o paciente encontra-se em situação médica sem saída e em sofrimento físico e/ou psíquico constante e insuportável sem possibilidade de ser aliviado, causados por lesão ou patologia grave e incurável; estão respeitadas as condições e procedimentos previstos na lei*”.

Mais adiante, o mesmo artigo 3º da lei estatui que o médico, antes de praticar o ato de eutanásia, deve “*informar o paciente do seu estado de saúde e da sua esperança de vida, discutir com ele o pedido de eutanásia e recordar-lhe as possibilidades terapêuticas ainda possíveis, assim como as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos e as suas consequências; assegurar-se da persistência do sofrimento físico ou psíquico do doente e da sua vontade reiterada de morrer, falando com ele várias vezes, em intervalos espaçados em face da evolução da situação clínica, para confirmar essa vontade; consultar um outro médico quanto ao carácter grave e incurável da doença, o qual, tomando conhecimento do dossiê*



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

médico e examinando o paciente, deve garantir o caráter constante, insuportável e sem possibilidade de alívio do sofrimento em questão; debater o pedido de eutanásia com equipa de saúde que tenha estado em contato regular com o paciente; discutir o problema com os parentes próximos do doente, se essa for a vontade deste; permitir que o doente debata o assunto com quem deseje encontrar-se; consultar um pediatra e um psicólogo, no caso de o paciente ser um menor de idade não emancipado”.

A expressão da vontade do paciente deve ser feita em termos formais, isto é, por escrito, sendo, igualmente, assegurado ao médico o direito de invocar objeção de consciência. Por outro lado, a lei prevê a criação de uma Comissão Federal de Controlo e Avaliação, a quem cabe avaliar, após a prática da eutanásia, o cumprimento de todas as exigências legais, tendo em conta a informação objetiva disponível e a informação facultada pelo médico. Em caso de violação de alguma dos requisitos legais, cabe a esta Comissão a responsabilidade de encaminhar para a autoridades competentes toda a informação relevantes para efeitos de eventual procedimento criminal.

- **Luxemburgo:** O Luxemburgo foi o terceiro país a despenalizar a eutanásia e o suicídio assistido, com a entrada em vigor da lei de 16 de Março de 2009. Nos termos do primeiro parágrafo do artigo 1º deste diploma, entende-se por eutanásia “o ato de um médico que intencionalmente põe termo à vida de uma pessoa a seu pedido expresso e voluntário”. O segundo parágrafo do mesmo preceito esclarece, por sua vez, que o suicídio assistido consiste no “ato de um médico de ajudar intencionalmente outra pessoa a cometer suicídio ou de fornecer a outra pessoa os meios para esse efeito, sob pedido expresso e voluntário da pessoa que se pretende suicidar”.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

O artigo 2º estatui que a eutanásia e o suicídio assistido não são puníveis se as seguintes condições forem respeitadas: “1. o paciente é adulto, consciente e capaz no momento do pedido; 2. o pedido é formulado voluntariamente, de forma refletida e, se necessário, repetida, sem pressões externas; 3. o paciente está em situação médica sem esperança e em estado de sofrimento físico ou psicológico constante e insuportável sem perspectivas de melhoria, resultante de um acidente ou doença; 4. o pedido do paciente para recorrer à eutanásia ou ao suicídio assistido está escrito”. De qualquer forma, o paciente pode, a todo o tempo, revogar o seu pedido, sendo-lhe restituído o documento escrito que entregara a manifestar a sua vontade de recorrer à eutanásia e à morte assistida.

O nº 2 do mesmo preceito sinaliza, porém, que o médico, antes da prática do ato, tem obrigação de respeitar as seguintes regras formais e procedimentais: “1) Informar o paciente do seu estado de saúde e a sua expectativa de vida, discutir com ele o seu pedido de eutanásia ou suicídio assistido e ponderar com ele as possibilidades terapêuticas ainda possíveis, assim como as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos e suas consequências, devendo chegar à convicção de que o pedido do paciente é voluntário e que aos seus olhos não há outra solução aceitável na sua situação e sendo tudo registado no respetivo dossiê médico; 2) Assegurar-se da persistência do sofrimento físico ou mental do paciente e da sua vontade, expressa reiteradamente, devendo conduzir diversas entrevistas com o doente, espaçadas no tempo em intervalos razoáveis em face da evolução da condição do paciente; 3) Consultar outro médico sobre a natureza grave e incurável da doença, indicando as razões para a consulta, devendo o médico consultado, obrigatoriamente competente na área da patologia que esteja em causa, tomar conhecimento do boletim médico respetivo, examinar o paciente e assegurar-se do caráter constante e



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

insuportável, sem perspectiva de melhoras, do seu sofrimento físico ou mental, elaborando um relatório com as suas conclusões, sempre com imparcialidade, e informando o paciente dos resultados da consulta; 4) Salvo oposição do paciente, discutir o pedido com a equipa que assegure os cuidados regulares ao doente; 5) Salvo oposição do paciente, discutir o pedido com a pessoa de confiança do paciente designada nas disposições de fim de vida que haja feito ou no momento do pedido; 6) Certificar-se de que o paciente teve oportunidade de discutir o seu pedido com as pessoas que entender; 7) Informar-se junto da Comissão Nacional de Controlo e Avaliação sobre se há registo de disposições de fim de vida em nome do paciente”.

Preceito particularmente relevante da lei luxemburguesa é o artigo 4º, onde se prevê que qualquer pessoa adulta e capaz pode, sempre que a sua vontade não puder ser expressa, manifestar por escrito as circunstâncias e as condições em que pretende submeter-se à eutanásia ativa sempre que o médico concluir que “*padece de uma lesão accidental ou patológica grave e incurável*”, “*está inconsciente*” e a sua situação é “*irreversível à luz do estado atual da ciência*”. Nos termos do nº 3 deste artigo, o médico que praticar a eutanásia e o suicídio assistido nestas condições não é sancionado. O mesmo parágrafo sublinha que o médico, antes de realizar a eutanásia, deve: “*1. Consultar outro médico sobre a irreversibilidade da condição médica do paciente, informando das razões da consulta, devendo o médico consultado, competente na área da patologia em questão, ter acesso ao registo médico e examinar o paciente, redigindo um relatório das suas conclusões e, se for esse o caso, pondo a pessoa de confiança do doente designada nas disposições de fim da vida ao corrente dos resultados a que chegou; 2. Havendo equipa médica em contato regular com o paciente, discutir o conteúdo das disposições em vida com essa equipa; 3. Se as disposições de fim de*



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

vida designarem uma pessoa de confiança, falar com ela sobre a vontade do paciente; 4. Se as disposições de fim de vida nomearem uma pessoa de confiança, discutir os desejos do paciente com os seus parentes designados pela pessoa de confiança”.

Finalmente, à semelhança do que sucede com a legislação belga e holandesa sobre esta matéria, a lei luxemburguesa prevê também a criação de uma Comissão de Controlo e Avaliação da aplicação desta lei.

• **Suíça:** Não obstante o Código Penal suíço punir com pena de prisão até 3 anos o “homicídio a pedido da vítima”, tipo a que se reconduz o homicídio por compaixão, o artigo 115º, em sede de “incitamento ou assistência ao suicídio”, reduz o tipo legal de crime ao incitamento ou ajuda ao suicídio fundamentados em “motivos egoístas”. A interpretação desta exigência de motivos egoístas tem conduzido ao entendimento de que o suicídio assistido está, na prática, descriminalizado sempre que praticado por um doente terminal em situação de sofrimento intolerável e irreversível. É esta interpretação que legitima a ação de entidades de natureza associativa como a Dignitas ou a Exit, que se reivindicam de uma ajuda não egoísta à consumação da vontade livre e consciente de pessoas naquelas condições, expressa através de pedido sério e reiterado.

• Uma breve referência final para a solução adotada primeiramente no **Uruguai** e posteriormente na **Colômbia** de possibilidade de despenalização judicial do designado “homicídio piedoso”. Mantendo-se, nas respetivas legislações penais, a norma incriminadora e a pena (2 a 6 anos, na Colômbia), uma norma geral habilitadora de perdão judicial é aplicável a situações de homicídio



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

piedoso, isentando o agente de responsabilidade criminal, quando o homicídio haja sido praticado como resposta a um pedido reiterado da vítima em estado terminal e com a intenção provada de pôr fim ao seu sofrimento intenso e irreversível.

2.3. A jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos

O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos foi chamado várias vezes a pronunciar-se sobre casos envolvendo a invocação de direitos de autonomia de decisão na linha dos reclamados na Petição em análise ou a contestação de decisões internas tendentes ao acolhimento de tais direitos.

O Tribunal clarificou, em primeiro lugar, não existir um 'direito a morrer' consagrado, direta ou implicitamente, na Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais (caso *Pretty* contra Reino Unido, 2002). Não deixa, por outro lado, de ter um significado importante o facto de a jurisprudência do Tribunal não caminhar sempre no mesmo sentido a respeito do alcance do direito ao respeito pela vida privada (artigo 8º da Convenção) para os efeitos de controvérsias sobre a questão objeto da Petição em análise: assim, enquanto no caso *Haas* contra Suíça (2011), o Tribunal entendeu que a negação pelas autoridades helvéticas do acesso a uma substância letal (pentobarbital de sódio) sem prescrição médica para respeitar o direito de uma pessoa a pôr termo à sua vida de uma forma segura e digna não constituía violação do artigo 8º "mesmo que se assumisse que os Estados têm uma obrigação positiva de tomar medidas para facilitar o suicídio com dignidade", já no caso *Koch* contra Alemanha (2012), o mesmo Tribunal entendeu haver violação do direito ao respeito pela vida privada no facto de os tribunais alemães se haverem recusado a decidir num processo interposto contra a



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

deliberação do Instituto Federal para os Produtos Médicos e Farmacêuticos de recusar autorização para a obtenção por uma cidadã germânica de um produto para a prática de suicídio.

Sublinhe-se também que, pelo menos em dois importantes casos, o tribunal foi confrontado com contestações de decisões de órgãos médicos e judiciais nacionais que haviam aceitado deliberações de interrupção de alimentação e hidratação artificial a doentes em estado vegetativo. Nesses casos (Ada Rossi e outros contra Itália, 2008; Lambert e outros contra França, 2015), o Tribunal indeferiu os processos interpostos contra tais decisões das autoridades nacionais referindo que tais decisões não se podiam considerar violações das obrigações dos Estados respetivos em matéria de proteção do direito à vida (artigo 2º) ou sobre proibição de tratamentos desumanos ou degradantes (artigo 3º).

Mas, merecerá porventura uma menção mais destacada o facto de o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos ter referido, em várias destas decisões (Haas contra Suíça, 2011; Lambert e outros contra França, 2015) não existir consenso entre os Estados-membros e que a cada um deles deve ser reconhecida “uma ampla margem de apreciação” sobre esta matéria.

3. Reflexões sobre a Petição já ocorridas na Assembleia da República

3.1. Relatório da Comissão de Saúde

Tendo sido determinado, como se referiu, pelo Despacho de Admissão da Senhora Vice-Presidente da Assembleia da República que a apreciação desta Petição pela Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos Liberdades e Garantias seria feita “em conexão” com a da Comissão de Saúde, cumpre destacar o relatório adotado, por unanimidade, por esta última Comissão no dia 12 de junho de 2016 que é anexado a este relatório e que se dá por integralmente reproduzido.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Nas suas conclusões dispositivas, o relatório estabelece que “1. O objeto da Petição nº 103/XIII/1ª é claro e está bem especificado, encontrando-se identificados os subscritores; 2. Estão preenchidos os demais requisitos formais estabelecidos no artigo 9º da Lei nº 43/90, de 10 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 6/93, de 1 de março, pela Lei nº 15/2003, de 4 de junho, e pela Lei nº 45/2007, de 24 de agosto – Lei de Exercício do Direito de Petição (LDP); 3. A Petição nº 103/XIII/1ª é assinada por um total de 8427 peticionários, pelo que cumpre os requisitos para apreciação no Plenário da Assembleia da República, nos termos da alínea a) do nº 1 do artigo 24º da LDP; 4. O presente Parecer deve ser remetido à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos Liberdades e Garantias.”

Nas suas considerações o relatório da Comissão de Saúde remete extensamente para o “Parecer sobre aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o fim da vida”, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Parecer 11/CNECV/95). Esse parecer de 1995 debruçou-se, em especial, sobre duas situações de grande relevância: a) *“doente que se considera terminal ou incurável, ou humilhado pela sua doença ou que perdeu a vontade de viver, que pede ao seu médico ou a outro membro da equipa de saúde ou a outra pessoa, familiar ou não, que lhe forneça uma substância que ele possa aplicar a si próprio e seja seguramente mortal”*; b) *“doente que não deseja viver, porque considera intolerável, para si, a qualidade de vida de que pode dispor, está psicologicamente competente para exercer a sua autonomia pessoal e pede, insistentemente, ao médico (ou a outra pessoa) que o mate com meios farmacológicos, ou outros.”* Relativamente a estes dois cenários, o parecer refere que *“com todo o respeito pelos casos particulares, que merecem ser analisados com sensibilidade e lucidez para lhes descobrir as motivações profundas e a natureza pontual e evitável, deve a reflexão ética exercer-se, contudo, sobre o enquadramento geral da situação.”* E, neste quadro geral, conclui pela falta de jurisdição ética dos



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

dois pedidos analisados e de eventuais respostas positivas que lhes fossem dados pelos profissionais (ou outras pessoas) requeridos/as.

O relatório da Comissão de Saúde refere-se igualmente de forma aprofundada às já mencionadas Leis nº 25/2012, de 16 de julho, que regula as diretivas antecipadas de vontade, e nº 52/2012, de 5 de setembro (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos). Cumpre destacar que, a respeito desta última lei, a Comissão de Saúde manifesta “a expectativa de que a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos possa inovar na abordagem da prestação desses cuidados, esperando-se que seja prosseguida e mesmo reforçada a abertura de novas camas de cuidados paliativos, mas que, igualmente, se privilegie, na medida do possível e sempre que adequado, a prestação de cuidados paliativos domiciliários, efeito para o qual importa apostar no reforço das equipas de cuidados paliativos domiciliários.”

3.2. Trabalho desenvolvido na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

Na sua reunião de 4 de maio de 2016, a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias aprovou, por unanimidade, a proposta do deputado relator no sentido da constituição de um grupo de trabalho de apoio à elaboração do relatório. Esse grupo de trabalho incluiu representantes de todos os grupos parlamentares⁴ e o deputado único representante do PAN.

Além da audição dos/as representantes dos/as petionários/as (realizada em 22.6.2016), o grupo de trabalho aprovou, também por consenso, a audição das seguintes entidades:

⁴ O Deputado Carlos Abreu Amorim sublinhou repetidamente que as posições por si expressas no trabalho desenvolvido por este GT o foram sempre a título pessoal.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

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

Deste importante conjunto de audições, para lá da evidência de um largo consenso sobre o direito de morrer enquanto expressão da recusa da distanásia e sobre o direito a uma medicina paliativa reforçada nos seus meios técnicos e no seu lugar na formação dos profissionais de saúde, resultou a noção de que a Petição nº 103/XIII/1ª coloca a sociedade portuguesa perante uma controvérsia de suma importância com três dimensões essenciais: uma dimensão médica, uma dimensão ética e uma dimensão jurídica.

3.2.1. A controvérsia médica: Começemos por uma constatação: “pela primeira vez na história humana (...) os seres humanos



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

conseguiram, através da melhoria das condições de vida e de um extraordinário progresso na medicina (...) atrasar a morte (...) nalguns casos por muitos anos”⁵. Mas o prolongamento da esperança de vida é também o prolongamento de uma condição de fragilidade física e psíquica e até de doença terminal. E, em todo este novo horizonte, perpassa o risco de se introduzir uma quebra na relação entre cada pessoa e a sua própria morte, apropriada por uma cultura técnico-médica com indisfarçáveis traços prometeicos.

É neste contexto transformado que a problemática do fim da vida coloca à relação entre profissionais de saúde e doentes novos desafios para as situações de terminalidade acompanhadas de sofrimento insuportável e irreversível. Na perspetiva apresentada pelo Bastonário da Ordem dos Médicos na sua audição, há uma fronteira clara que não pode ser franqueada: a que separa o não retardamento e a aceleração da morte. Quer nesta audição quer noutras, esta separação conceptual foi alvo de intenso debate. Está em causa fundamentalmente a diferença entre a morte como consequência de uma omissão de tratamento (por não aplicação de novas medidas ou por cessação das já existentes) e a morte como consequência de um comportamento ativo dirigido a abreviar a vida do/a doente. A questão colocada em várias das audições foi a de saber se essa delimitação conceptual tão contrastada corresponde ou não a uma fronteira igualmente clara nas complexas decisões tomadas diante dos casos concretos em meio hospitalar e qual o espaço dado ao respeito pela vontade do/a doente nessas decisões complexas. Assim, por exemplo, a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros sustentou que *“a saúde é uma área que não tem fronteiras conceptuais estanques. Não se pode dizer que há uma forma muito clara, de régua e esquadro, para definir estas fronteiras, não há.”*

Assim sendo, há um debate essencial aberto a respeito da substância da ética médica aplicável ao fim da vida e às suas diferentes formas possíveis.

⁵ Küng, H. e Jens, W., *A dignified dying: a plea for personal responsibility*. Londres: SCM Press, 1995



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Essa substância encontra uma expressão específica nos códigos deontológicos dos profissionais de saúde ou em estatuições das suas organizações internacionais mais relevantes (como a Associação Médica Mundial) – como foi enfaticamente defendido pelo Bastonário da Ordem dos Médicos – mas extravasa-os. Porque, em última análise, como foi sublinhado pelos peticionários na audição respetiva, *“o médico não pode ficar de fora da discussão do interesse primeiro do doente. E se o interesse primeiro do doente for escolher uma saída que é deixar de viver, nenhum médico pode ficar de fora dessa discussão.”* Ou, na síntese interrogativa do Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida aquando da sua audição, *“não há lei nenhuma que suprima a consciência profissional, a outra consciência se quiserem, e que suprima (...) a compaixão.”* Como venceu o Professor Lobo Antunes, a relação entre o profissional de saúde e o doente está muito para lá dos conteúdos formais que, em cada momento, tiverem os direitos e os deveres respetivos.

A diferença entre perspetivas de abordagem da dimensão médica da questão suscitada pela Petição em análise estende-se, naturalmente à classificação da natureza da intervenção médica nas situações de eutanásia ou de suicídio assistido. Para o Bastonário da Ordem dos Médicos *“a morte assistida não é compaginável com o conceito de ato médico aprovado pela União Europeia dos Médicos Especialistas”*. Já para o Presidente da Conselho Nacional de Ética para as Ciências da vida, *“a eutanásia é um ato médico, nem podia deixar de o ser!”*, opinião corroborada pela Bastonária da Ordem dos Enfermeiros e pelos representantes dos/as peticionários/as para quem *“tudo aquilo que antecede e se segue ao pedido de morte assistida se inscreve na relação médico-doente”*, sendo por isso *“um ato médico, não um tratamento médico”*.

3.2.2. A controvérsia ética: Todas as audições convergiram na compreensão de que, para lá da ética médica em sentido estrito, a pretensão apresentada pela Petição nº 103/XIII/1ª solicita uma tomada de posição



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

perante uma controvérsia ética mais vasta. Os representantes dos/as peticionários/as sintetizaram essa questão ética da seguinte forma: *“está em causa o direito do ser humano a ter a sua escolha de como acha que quer ou já não quer permanecer em vida.”* Trata-se de uma questão ética controversa porque, seja qual for a modalidade de morte assistida (eutanásia ou suicídio assistido), *“de qualquer modo haverá sempre um ato voluntário, por ação ou omissão – killing e help to kill, ou matar ou ajudar a matar– com relevância em termos de nexos causal, e o que os define é a intenção de abreviar e não propriamente de minimizar o sofrimento”*⁶.

O debate tido nas várias audições a respeito dos conteúdos e alcance da escolha assim enunciada poderá reconduzir-se à formulação de Javier Gafo⁷, segundo o qual *“trata-se fundamentalmente, neste caso, não de escolhermos a morte mas de escolher como viver enquanto estamos a morrer”*. Ou, na expressão do Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida com o mesmo objetivo enunciativo, *“a morte não tem dignidade, o que tem dignidade é a vida e a vida até ao fim.”*

O terreno desta controvérsia é marcado pela contraposição entre uma posição de fundo deontológico e uma posição de fundo consequencialista. A primeira posição defende que a eutanásia é, por definição, um mal em si mesma e não se abre à possibilidade de, em alguns casos concretos, se poder tratar de uma solução aceitável a luz de um critério de humanidade. Deu voz a esta posição a Professora Mafalda Miranda Barbosa que, para defender a tese de que a morte assistida constitui *“um ato ético-normativo inválido”* pois que *“os direitos de personalidade se impõem ao próprio”*, afirmou que *“a dignidade desta pessoa enquanto categoria ética não resulta de uma qualquer categoria ontológica mas resulta desse salto para o patamar da axiologia (...). E então, como exercício da autonomia que pretende fundamentar o fim da vida, o homem acaba por negar este estatuto de*

⁶ Neto, L., *O direito fundamental à disposição sobre o próprio corpo*. Coimbra, Coimbra Editora, 2004, p. 783.

⁷ *La eutanasia y el arte de morir*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 1990.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

peessoa porque corta radicalmente a ligação com o outro, amputa os outros do eu, pelo que o pedido para morrer não é o exercício de uma liberdade mas o abuso dessa mesma liberdade”.

Em contraponto a esta posição deontológica situa-se uma abordagem ética de inspiração consequencialista que, em lugar de assumir um juízo geral e abstrato de princípio sobre a validade de um valor, se atém às circunstâncias concretas em que um comportamento é praticado e o avalia também em concreto em função da forma como os resultados produzidos satisfazem diversos valores a ponderar no caso concreto. Na carta que deixou escrita, Ramón Sampetro deu voz a esta exigência de ponderação de valores diferentes na passagem singular de cada um/a para a morte: *“Importa obviamente que haja um sentido da morte e um sentido da vida, mas também que se considerem os princípios do prazer e da dor e pelo menos que não haja um sofrer irracional.”*

Em várias das audições foi debatido o que constitui o principal espaço argumentativo de fricção entre as duas posições gerais agora enunciadas: a tese da rampa deslizante (*slipery slope*). Como representativa de todas as alusões que foram feitas a esta tese vale a observação do Bastonário da Ordem dos Médicos na respetiva audição, para quem não se pode *“ignorar a experiência de outros países e a verdadeira rampa deslizante a que deu origem a aprovação da eutanásia e a extensão da inerente cultura”*. Como indicadores desse deslizamento, o Bastonário refere, entre outros, o aumento exponencial de mortes assistidas nos países em que se verificou a respetiva despenalização, situações de prescrição de substâncias letais a doentes com depressão, o risco de bullying sobre pessoas em condições de vulnerabilidade (pela idade ou pelo estudo económico, por exemplo) ou para a obtenção de órgãos), a prática de eutanásia involuntária, de eutanásia em crianças ou em situações de justificação emocional momentânea, etc.

Na resposta ao alegado risco de abertura de uma caixa de Pandora – é esse, no fundo, o sentido do argumento da rampa deslizante – está o cerne da controvérsia ética aqui em apreço. De um lado, estará quem entende que



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

não há lugar a uma ponderação entre valores porque o cenário de rampa deslizante é a prova da invalidade de argumentos éticos que questionam o caráter absoluto do valor tido como referência – no caso vertente, para quem se situa neste quadrante, valores como o combate ao sofrimento ou o respeito pela autonomia de decisão de cada um/a não chegam para questionar o valor absoluto da vida e do seu fim ‘natural’. Do outro lado estará quem entende que *it is wrong to oppose something for fear of something else*. E que, assim sendo, os riscos de rampa deslizante – para lá do debate sobre a sua consistência: serem riscos reais ou apenas riscos artificialmente exagerados para efeitos de batalha argumentativa – não invalidam o acolhimento de uma ponderação entre valores diferentes (vida, dignidade e autodeterminação, no caso aqui em análise), expressa num exercício de regulação legal. Esses riscos apenas exigem, para este outro entendimento, que essa regulação seja rigorosa e cuidadosa na definição das situações concretas em que a despenalização vale. Ou seja, uma legalização criteriosa será, para esta segunda posição, a resposta adequada e necessária ao argumento da rampa deslizante.

3.2.3. A controvérsia jurídica: A controvérsia médica e a controvérsia ética projetam-se sobre o universo do Direito. Superar a atual situação em que, como foi repetidamente assinalado nas audições promovidas pelo Grupo de Trabalho, o fim da vida é quase uma ‘zona livre de Direito’ implica fazer escolhas sobre a abordagem jurídica a adotar. Os/as representantes dos/as petionários reiteraram na respetiva audição o sentido em que, segundo eles/as, deverá ir a construção dessa nova abordagem jurídica alternativa à que prevalece hoje no Código Penal: ela deve centrar-se no reconhecimento do “*direito humano fundamental a não nos sujeitarmos a vivenciar experiências de indignidade.*” Ora, quer no plano constitucional quer no plano da legislação (penal) ordinária, a controvérsia existe.

No plano constitucional, ela traduz-se na diferente intensidade reconhecida



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

à proteção do direito à vida. Assim, por exemplo, o Juíz Conselheiro José Souto de Moura afirmou que *”a Constituição e, portanto, o direito ordinário a seguir a ela protege a vida em si e não uma vida com um certo grau de qualidade. É muito perigoso fazer depender a proteção da vida da qualidade dessa vida. (...) O bem jurídico ‘vida humana’, a vida individualmente considerada, é não só o direito fundamental número um como tende a ser um direito absoluto.”* E acrescentou *“eu acho que o Estado tem a obrigação de proteger os cidadãos de si próprios em certas situações. E claro que, estando aqui em causa a vida, que é o valor fundamental, por maioria de razão”*. São, pois, dois os argumentos essenciais trazidos por este entendimento: em primeiro lugar, a natureza tendencialmente absoluta do direito à vida na economia dos direitos fundamentais constitucionalmente protegidos; em segundo lugar, a centralidade da proteção do indivíduo contra si próprio no alcance conferido à proteção da vida pelo texto constitucional.

Ora, em sentido diferente se pronunciaram vários/as dos/as demais juristas ouvidos/as. Desde logo, no que se refere à natureza do direito à vida como direito fundamental. Contra o entendimento deste direito como uma espécie de super-direito ao qual todos os demais se ordenam no seu conteúdo concreto, vem a opinião de que problemas como o suscitado pela Petição aqui em análise convocam uma interpretação amiga da concordância prática de vários direitos: o direito à vida, o princípio da dignidade da pessoa humana, a liberdade de consciência e o direito ao livre desenvolvimento da personalidade. Deste quadro de concordância prática dos vários direitos mencionados decorre uma implicação de suma importância para a determinação do alcance da proteção da vida constitucionalmente exigível. Nas palavras do Professor Jorge Reis Novais, *“quando se discute a eventual inconstitucionalidade de uma lei deste tipo aquilo que está em causa não seria propriamente o desrespeito do direito à vida por parte do Estado, por parte dos poderes públicos. Eventualmente, seria o facto de o Estado com uma lei deste tipo deixar desprotegida a vida naquelas circunstâncias*



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

(...). Portanto, seria uma situação em que o Estado não estaria a proteger a vida suficientemente. (...) Com a despenalização essa proteção baixaria o nível de exigência, ou seja, o Estado deixaria de proteger aquilo que até aí protegia.” Neste contexto, o que importa definir é, nas palavras da Professora Luísa Neto, “se protegendo a Constituição o direito à vida contra a interferência de terceiros, pode também proteger o direito à vida contra o próprio titular. Ou seja, se esta imposição de respeito que resulta da previsão do direito se impõe ao próprio titular. E no fundo o que está aqui em questão é saber se o próprio titular está em posição de dispor desse direito e a questão das margens de disponibilidade desse direito.” E servimo-nos, de novo, das palavras do Professor Reis Novais para responder a esta interrogação: “num Estado de Direito, num estado democrático, que não é um Estado paternalista, (...) não é um Estado que duvida da capacidade de autonomia da pessoa (...) o dever de proteção contra si próprio é sempre um dever ainda mais exigente, naquele sentido que só em última análise, só em último caso, é que o Estado deve proteger uma pessoa contra si própria.” E acrescenta ainda: “deve ser reconhecido a cada pessoa que seja competente para formar uma vontade, o poder de conformar a sua vida de acordo com as suas próprias concepções, naquelas áreas mais íntimas, naquelas áreas mais vitais da sua existência, não deve ser o Estado a impor-lhes uma visão do mundo, uma concepção de como deve levar a vida, deve ser a pessoa a definir isso. E a questão que se pode perguntar é se a posição sobre a morte entra ou não, deve entrar ou não também neste tipo de decisões. A meu ver, entra.”

Retirando conclusões concretas desta opção pelo princípio da concordância prática entre diferentes direitos relevantes para a regulação da questão suscitada pela Petição nº 103/XIII/1ª, o Professor Costa Andrade referiu que “a penalização e a despenalização da morte assistida são ambas constitucionais porque a Constituição, após a previsão dos valores fundamentais ‘vida’ e ‘autonomia’, delega no legislador ordinário a faculdade de maximizar e compatibilizar estes dois valores fundamentais.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A questão da inconstitucionalidade não se coloca, portanto. É uma opção do legislador”. Em sentido idêntico foram as opiniões das Professoras Teresa Beleza e Luísa Neto, dos Professores Faria Costa e Reis Novais.

Para lá da questão constitucional, a controvérsia jurídica passa, portanto, pela densificação concreta dessa opção do legislador. E, neste outro plano, as audições permitiram registar duas vias de construção jurídica diferentes. Por um lado, a sufragada por Costa Andrade ou José Souto de Moura, para os quais se deve manter o tipo legal de crime, ainda que *“em matéria de culpa não pode deixar de se mitigar a censura de quem praticou a eutanásia ativa direta (...) em três condições: um pedido insistente feito pelo paciente em pleno uso das suas faculdades mentais (...); uma doença irreversível, sem cura, que conduza à morte a curto ou médio prazo; alguém que padece de um grande sofrimento, que os cuidados paliativos, apesar de tudo, não conseguem eliminar”* (Souto de Moura). Nestas condições dever-se-ia aplicar uma cláusula geral de desculpação.

Construção diversa desta foi a admitida por Teresa Pizarro Beleza, Reis Novais, Luísa Neto ou José de Faria Costa que admitem ser a despenalização a resposta mais adequada desde que se cumpra um conjunto de requisitos legais imperativos (pedido livre, atual e reiterado, feito por pessoa adulta em situação terminal e evidenciando um sofrimento insuportável e irreversível e dirigido a um médico para ser por este executado seja diretamente seja como auxílio à execução pessoal pelo/a requerente).

A reflexão levada a cabo pelo Grupo de Trabalho permitiu, pois, apurar os contornos da controvérsia sobre a qual a Petição nº 103/XII/1ª incide. Trata-se, indiscutivelmente, de uma matéria de grande delicadeza e de grande importância. Cabe agora à Assembleia da República refletir sobre a resposta a dar a esta controvérsia existente na sociedade portuguesa, sendo a lei o instrumento por excelência da sua resolução.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

4. Conclusões

Face a tudo o que se expôs, a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias emite o seguinte parecer:

- 1) O objeto da Petição n.º 103/XIII/1ª é claro, está bem especificado e os/as seus/suas subscritores/as encontram-se devidamente identificados/as;
- 2) Os demais requisitos formais e procedimentais da Lei n.º 43/90, de 10 de agosto (Lei do Exercício do Direito de Petição) estão preenchidos;
- 3) Tendo sido subscrita por 8427 peticionários/as, a Petição n.º 103/XIII/1ª reúne as condições para ser apreciada em sessão plenária da Assembleia da República, de acordo com o disposto no artigo 24.º n.º 1 alínea a) da Lei do Exercício do Direito de Petição;
- 4) Em cumprimento do artigo 26.º da Lei sobre o Exercício do Direito de Petição, deve a petição ser publicada no Diário da Assembleia da República, bem como o respetivo relatório da Comissão Parlamentar de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

Palácio de S. Bento, 30 de novembro de 2016

O Deputado Relator

(José Manuel Pureza)

O Presidente da Comissão

(Pedro Bacelar de Vasconcelos)