



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

EXCELENTÍSSIMO SENHOR  
PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA DA  
REPUBLICA

Offício n.º 74/XIV/1.ª – CACDLG/2020

Data: 12-02-2020

NU: 650904

ASSUNTO: Parecer sobre os Projetos de Lei n.ºs 4/XIV/1.ª (BE), 67/XIV/1.ª (PAN);  
104/XIV/1.ª (PS) e Projeto de Lei n.º 168/XIV/1.ª (PEV)

*Coro Pinto,*

Para os devidos efeitos, junto se envia o parecer relativo aos Projetos de Lei n.ºs 4/XIV/1.ª (BE) - Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível; 67/XIV/1.ª (PAN) - Regula o acesso à morte medicamente assistida; 104/XIV/1.ª (PS) - Proceda à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível; e 168/XIV/1.ª (PEV) - Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, tendo as respetivas partes I e III sido aprovadas por unanimidade, na ausência do DURP do CHEGA, na reunião de 12 de fevereiro, da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

Com os melhores cumprimentos,

*e elevada consideração*

O PRESIDENTE DA COMISSÃO

(Luís Marques Guedes)



**ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA**

**COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS, DIREITOS,  
LIBERDADES E GARANTIAS**

**PARECER**

**PROJETO DE LEI N.º 4/XIV/1.ª (BE) – DEFINE E REGULA AS CONDIÇÕES EM QUE A ANTECIPAÇÃO DA MORTE, POR DECISÃO DA PRÓPRIA PESSOA COM LESÃO DEFINITIVA OU DOENÇA INCURÁVEL E FATAL E QUE SE ENCONTRA EM SOFRIMENTO DURADOURO E INSUPORTÁVEL, NÃO É PUNÍVEL**

**PROJETO DE LEI N.º 67/XIV/1.ª (PAN) – REGULA O ACESSO À MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA**

**PROJETO DE LEI N.º 104/XIV/1.ª (PS) – PROCEDE À 50.ª ALTERAÇÃO AO CÓDIGO PENAL, REGULANDO AS CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A PRÁTICA DE EUTANÁSIA NÃO PUNÍVEL**

**PROJETO DE LEI N.º 168/XIV/1.ª (PEV) – DEFINE O REGIME E AS CONDIÇÕES EM QUE A MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA NÃO PUNÍVEL**

**PARTE I - CONSIDERANDOS**

**I. a) Nota introdutória**

Um grupo de Deputados do Grupo Parlamentar do BE tomou a iniciativa de apresentar à Assembleia da República, em 25 de outubro de 2019, o **Projeto de Lei n.º 4/XIV/1.ª** – “*Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria da pessoa com*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível”.*

Por sua vez, em 14 de novembro de 2019, os Deputados do Grupo Parlamentar do PAN tomaram a iniciativa de apresentar à Assembleia da República o **Projeto de Lei n.º 67/XIV/1.º** – *“Regula o acesso à morte medicamente assistida”*.

Posteriormente, um grupo de Deputados do Grupo Parlamentar do PS tomou a iniciativa de apresentar à Assembleia da República, em 21 de novembro de 2019, o **Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.º** – *“Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática da eutanásia não punível”*.

Finalmente, os Deputados do Grupo Parlamentar do PEV tomaram a iniciativa de apresentar à Assembleia da República, em 13 de dezembro de 2019, o **Projeto de Lei n.º 168/XIV/1.º** – *“Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível”*.

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

Por despacho de Sua Excelência o Presidente da Assembleia da República, as iniciativas vertentes baixaram, respetivamente em 6, 14 e 26 de novembro, e 17 de dezembro de 2019, à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (comissão competente), em conexão com a Comissão de Saúde, para emissão do respetivo parecer.

Foram pedidos pareceres, sucessivamente em 15, 20 e 27 de novembro, e 23 de dezembro de 2019, ao Conselho Superior da Magistratura, ao Conselho Superior do Ministério



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Público, ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, à Ordem dos Advogados, à Ordem dos Médicos, à Ordem dos Enfermeiros e à Ordem dos Psicólogos.

Foi recebido na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, em 4 de dezembro de 2019, um pedido de audiência, conjunto com a Comissão de Saúde, por parte do movimento cívico Stop eutanásia, integrado na Associação Plataforma Pensar & Debater, a respeito das iniciativas legislativas ora em apreço, o qual foi remetido, por despacho do Senhor Presidente da 1.ª Comissão, à signatária do presente parecer, bem como foram recebidos, até ao momento, contributos escritos por parte do investigador do IJ-FDUC, Mestre Ricardo Alexandre Cardoso Rodrigues.

A discussão na generalidade destas iniciativas já se encontra agendada para a sessão plenária do próximo dia 20 de fevereiro de 2020.

### **I b) Do objeto, conteúdo e motivação das iniciativas**

- **Projeto de Lei n.º 4/XIV/1.ª (BE)**

Retomando, com alterações pontuais, o Projeto de Lei n.º 773/XIII/3 (BE)<sup>1</sup>, esta iniciativa do BE pretende definir e regular as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e em sofrimento duradouro e insuportável, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde, não é punível – cfr. artigo 1.º.

Considerando que *“não é aceitável, à luz de um princípio geral de tolerância e da articulação constitucional entre direito à vida, direito à autodeterminação pessoal e direito ao livre desenvolvimento da personalidade, negar o direito de, dentro de um quadro legal*

---

<sup>1</sup> Esta iniciativa foi discutida e rejeitada na generalidade em 29/05/2018, com os votos a favor de 3Dep-PSD, PS, BE, PEV e PAN, contra do PSD, 3Dep-PS, CDS-PP e PCP, e a abstenção de 4Dep-PSD e 4Dep-PS



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*rigorosamente delimitado, se ver atendido o pedido para antecipação da morte sem que tal gere a penalização dos profissionais de saúde que, fieis ao comando de acompanhar os seus pacientes até ao fim, ajudem à satisfação de um tal pedido”, os proponentes apresentam esta iniciativa cujo propósito “visa precisamente definir e regular as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa, não é punível” – cfr. exposição de motivos.*

De acordo com a iniciativa, o pedido de antecipação da morte deve corresponder a uma vontade livre, séria e esclarecida de pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e em sofrimento duradouro e insuportável. Tal pedido só dá origem a um procedimento clínico de antecipação da morte se feito por pessoa maior, capaz de entender o sentido e o alcance do pedido, e consciente no momento da formulação. Não são admitidos pedidos de doentes relativamente aos quais corra um processo judicial visando a respetiva incapacidade e, caso este tipo de processo seja interposto posteriormente à apresentação do pedido e enquanto o mesmo decorra, o procedimento de antecipação da morte fica imediatamente suspenso. O pedido de antecipação da morte pode ser livremente revogado a qualquer momento – cfr. artigo 2.º.

O pedido do doente, dirigido ao médico por si escolhido (que pode, ou não, ser ou ter sido o seu médico pessoal ou de família e que pode, ou não, ser especialista na patologia que afete o doente), é efetuado em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, a ser integrado no Boletim de Registos. Caso o doente esteja impossibilitado de escrever e assinar, o pedido é feito por pessoa da sua confiança e por si designada para esse efeito, cuja assinatura deve ser efetuada na presença do médico responsável. Só são considerados legítimos os pedidos apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território português – cfr. artigo 3.º.

O médico responsável verifica se o doente cumpre todos os requisitos legais e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e o respetivo prognóstico, após o que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio no Boletim de Registos, juntamente com o parecer emitido pelo médico – cfr. artigo 4.º.

Caso o doente reitere a sua vontade de antecipar a morte, o médico responsável deve consultar um médico especialista na patologia que afeta o doente, cujo parecer confirma ou não que estão reunidas as condições legais para o efeito, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza incurável e fatal da doença ou a condição definitiva da lesão. O parecer do médico especialista é emitido por escrito, datado e assinado por ele e integra o Boletim de Registos. Se o parecer do médico especialista não for favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos que são inscritos no Boletim de Registos. Se o parecer for favorável, o médico responsável deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio, juntamente com o parecer emitido pelo médico especialista, no Boletim de Registos – cfr. artigo 5.º.

É obrigatório o parecer de um médico especialista em Psiquiatria, sempre que o médico responsável e/ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte ou o médico responsável e/ou o médico especialista admitam ser a pessoa portadora de perturbação psíquica que afete a sua capacidade de tomar decisões. Se o médico especialista em Psiquiatria confirmar qualquer uma destas duas situações, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos. O parecer do médico especialista em Psiquiatria é emitido por escrito, datado e assinado por ele e integra o Boletim de Registos – cfr. artigo 6.º.

Nenhum pedido de antecipação da morte poderá ser realizado sem a prévia emissão de parecer favorável da Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da Morte cujo parecer incide sobre a conformidade do procedimento com as condições estabelecidas na lei. O parecer deverá ser dado no prazo de 24 horas, sendo inscrito no Boletim de Registos e transmitido ao médico responsável pelo processo de antecipação de morte – cfr. artigo 7.º.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Nos casos em que não exista qualquer parecer desfavorável, o médico responsável deve verificar novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio doente no Boletim de Registos, após o que o médico responsável combina com o doente o dia, a hora, o local e o método a utilizar para a antecipação do fim de vida. O médico responsável informa e esclarece o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito, mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente. Esta decisão deve ser consignada por escrito, datada e assinada pelo doente e integrada no Boletim de Registos. Após a consignação da decisão do doente, o médico responsável remete o Boletim de Registos do processo de antecipação de morte para a Comissão de Avaliação para emissão de parecer. 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, ou se estiver disposto diversamente em Declaração Antecipada de Vontade constante do respetivo Testamento Vital. Imediatamente antes de iniciar a administração ou autoadministração dos fármacos letais, o médico responsável deve confirmar se o doente mantém e reitera a vontade de antecipar a sua morte – cfr. artigo 8.º.

A decisão do doente em qualquer fase do procedimento de antecipação da morte é estritamente pessoal e insuscetível de delegação em terceiros, sem prejuízo de, caso o doente esteja fisicamente privado da possibilidade de escrever e assinar, poder proceder-se à substituição por pessoa designada pelo doente apenas para esse efeito, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico responsável ou do médico especialista e de uma ou mais testemunhas – cfr. artigo 9.º.

A revogação da decisão de antecipar a morte põe fim ao processo em curso, devendo a decisão ser inscrita no Boletim de Registos pelo médico responsável. No caso de o doente revogar a sua decisão, deve ser-lhe entregue o respetivo Boletim de Registos, devendo uma



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

cópia ser anexada ao seu processo clínico e outra enviada para a Comissão de Avaliação com o respetivo Relatório Final do médico responsável – cfr. artigo 10.º.

O ato de antecipação da morte pode ser praticado nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado. Por vontade do doente, o ato de antecipação da morte pode ser praticado no seu domicílio ou noutra local por ele indicado, desde que o médico responsável considere que dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito – cfr. artigo 11.º.

Além do médico responsável e de outros profissionais de saúde que praticam ou ajudam ao ato de antecipação da morte, podem estar presentes neste ato as pessoas indicadas pelo doente – cfr. artigo 12.º.

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor, devendo as respetivas cópias ser arquivadas no Boletim de Registos – cfr. artigo 13.º.

O médico responsável elabora e entrega, no prazo de 15 dias após a morte, o respetivo Relatório Final à Comissão de Avaliação, ao qual é anexado o Boletim de Registos. Mesmo nos casos em que o procedimento é encerrado sem que tenha ocorrido a antecipação da morte do doente, seja por revogação do doente seja por decisão médica, mantém-se a obrigação de apresentação do Relatório Final – cfr. artigos 14.º e 15.º.

Podem praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte os 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, excluindo-se aqueles que possam vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial – cfr. artigo 16.º.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Prevê-se um conjunto de deveres dos profissionais de saúde no decurso do procedimento clínico de antecipação da morte, sujeitando-os a observar sigilo profissional e a respeitar a confidencialidade da informação relacionada com esse procedimento, ao mesmo tempo que se lhes assegura o direito à objeção de consciência – cfr. artigos 17.º, 18.º e 19.º.

A Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da Morte, criada para verificação do cumprimento da presente lei e que funcionará no âmbito da Assembleia da República, será composta por cinco personalidades de reconhecido mérito, sendo dois juristas (indicados, respetivamente, pelo CSM e CSMP), um médico indicado pela Ordem dos Médicos, um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros e um especialista em ética ou bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. O mandato dos membros da Comissão será de cinco anos, renovável por um único período. Os membros desta Comissão apenas terão direito a senhas de presença, a ajudas de custo e a requisições de transporte – cfr. artigo 20.º.

Compete à Comissão de Avaliação avaliar a conformidade do procedimento clínico de antecipação da morte, através de parecer prévio e através de relatório de avaliação. Nestes casos, uma vez recebidos os relatórios finais dos processos de antecipação da morte, a Comissão examina o seu conteúdo e avalia, no prazo de 30 dias após essa receção e por maioria simples dos seus membros, os termos em que as condições e procedimentos estabelecidos na presente lei foram cumpridos. Caso a deliberação seja de desconformidade com os requisitos estabelecidos pela presente lei, a Comissão remete o relatório ao Ministério Público para os devidos efeitos e às respetivas ordens dos profissionais envolvidos para efeitos de eventual processo disciplinar – cfr. artigo 21.º.

Compete ainda à Comissão enviar à Assembleia da República, com uma periodicidade semestral, um relatório de avaliação da aplicação da presente lei com informação estatística detalhada sobre todos os elementos relevantes dos processos de antecipação da morte – cfr. artigo 22.º.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

São ainda propostas as alterações aos artigos 134.º (Homicídio a pedido da vítima) e 135.º (Incitamento ou ajuda ao suicídio) do Código Penal, através do aditamento de um número que prevê como causa de exclusão da punibilidade “o cumprimento das condições estabelecidas” nesta lei – cfr. artigo 23.º.

Salvaguarda-se que os médicos que participem no processo clínico de antecipação da morte não poderão ser sujeitos a responsabilidade disciplinar por violação do n.º 2 do artigo 65.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, aprovado em Assembleia de Representantes daquela Ordem, em 20 de Maio de 2016, e que constitui o anexo ao Regulamento de Deontologia Médica (Regulamento n.º 707/2016) publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 139 de 21 de julho de 2016, conquanto cumpram todas as condições e deveres estabelecidos na presente lei – cfr. artigo 24.º.

Prevê-se que o Governo aprove, no prazo máximo de 180 dias após a publicação da presente lei, a respetiva regulamentação e que a mesma entre em vigor no prazo de 30 dias após a sua publicação – cfr. artigos 25.º e 26.º.

- **Projeto de Lei n.º 67/XIV/1.ª (PAN)**

Retomando, com alterações pontuais, o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2 (PAN)<sup>2</sup>, a presente iniciativa do PAN pretende regular o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido.

O PAN recorda que “*constava já do seu programa eleitoral às eleições legislativas de 2015*” discutir o tema da eutanásia, razão pela qual “*pugnou pela criação de um Grupo de Trabalho*” (no âmbito da Petição n.º 103/XIII/1), “*que permitisse o debate na Assembleia da República, no qual tivemos uma participação ativa. Na legislatura passada, apresentámos uma*

---

<sup>2</sup> Esta iniciativa foi discutida e rejeitada na generalidade em 29/05/2018, com os votos a favor de 3Dep-PSD, PS, BE, PEV e PAN, contra do PSD, 3Dep-PS, CDS-PP e PCP, e a abstenção de 5Dep-PSD e 6Dep-PS.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*iniciativa que visava a despenalização da morte medicamente assistida, a qual foi rejeitada. Por sermos favoráveis à autodeterminação e no respeito pela autonomia e liberdade, decidimos trazer novamente este tema a debate. Acreditamos que esta representa a vontade maioritária da sociedade, vontade esta expressamente demonstrada num estudo da Eurosondagem que revelou que 67,4% da população defende a legalização da morte medicamente assistida. Por outro lado, é importante recordar um recente estudo elaborado em colaboração com a secção regional do norte da Ordem dos Médicos, realizado com base na resposta de 1200 médicos, que conclui que a maioria dos médicos considera que a eutanásia deveria ser legalizada em Portugal, tendo inclusive alguns médicos admitido que já praticaram eutanásia ou suicídio assistido.” – cfr. exposição de motivos.*

O PAN justifica a legalização da morte medicamente assistida com o argumento de que *“viver é um direito e não uma obrigação. O valor da vida é grande, mas não é infinito. Não devemos prolongar a vida a todo o custo, particularmente se esses custos acarretam uma dor e um sofrimento intolerável para o doente”,* considerando que *“a dignidade da pessoa humana”* e a *“autonomia e liberdade individual”* legitimam esta opção legislativa – cfr. exposição de motivos.

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

Sublinhando que *“Todas as vidas são dignas”,* o PAN defende que *“aquilo que deve ser garantido pelo Estado é que a pessoa que toma a decisão é competente para o fazer. O Estado deve, assim, criar mecanismos que permitam aferir se a vontade manifestada por determinada*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*peessoa corresponde à sua vontade real, ou seja, se a pessoa está lúcida e consciente*” – cfr. exposição de motivos.

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

Entendem os proponentes que “*Em Portugal existe uma certa liberdade médica de actuação nas questões do fim de vida*”, pois a “*Ortotanásia, isto é, a limitação ou suspensão de tratamentos médicos agressivos tidos como desproporcionados para o prolongamento da vida, é um espaço livre de Direito. Sem legislação a regular esta matéria, a única coisa de que dispomos é de um conjunto de práticas médicas que, em nome da não obstinação terapêutica, determinam a ideia de que há um determinado momento em que o doente deve ser deixado morrer, não sendo tais práticas uniformes em todo o país. Tais práticas são aceites, invocando-se que existe uma diferença entre matar e deixar morrer, isto é, entre eutanásia activa e eutanásia passiva. Mas será esta diferença assim tão nítida? Entendemos que não.*” – cfr. exposição de motivos.

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



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

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

É proposto que, para efeitos desta lei, se entenda por morte medicamente assistida “*o acto de, em resposta a um pedido do próprio, informado, consciente e reiterado, antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento sem esperança de cura, podendo concretizar-se como eutanásia ou suicídio medicamente assistido*”, sendo que “*a morte assistida pode revestir a forma de eutanásia, quando o fármaco letal é administrado por profissional qualificado (...) ou de suicídio medicamente assistido, quando é o próprio doente a autoadministrar o fármaco letal*” – cfr. artigos 2.º e 12.º.

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

O PAN propõe que só possa formular pedido de morte medicamente assistida quem tenha pelo menos 18 anos, tenha nacionalidade portuguesa ou resida legalmente em Portugal, não se mostre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica e não padeça de qualquer doença do foro mental, prevendo que “*Os pedidos de doentes sujeitos a processo judicial visando a respectiva incapacidade, enquanto o mesmo se encontrar pendente, não são admitidos, sendo o procedimento de morte medicamente assistida imediatamente suspenso quando o processo*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*judicial for instaurado posteriormente à apresentação do pedido e enquanto o mesmo decorra”*  
– cfr. artigo 4.º.

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

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

Cabe ao médico assistente apreciar o pedido e verificar se estão preenchidos os requisitos de admissibilidade, legitimidade e capacidade, bem como os requisitos legais exigidos no pedido. Caso se verifique o preenchimento destes requisitos o médico deve informar o doente do seu estado de saúde, e da sua expectativa de vida e discutir com ele o seu pedido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido, e outras possibilidades terapêuticas ainda disponíveis, assim como e as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos e as suas consequências e impactos na vida do doente.

Deve ainda obrigatoriamente consultar outro médico da área de especialização da patologia em causa para que este se pronuncie sobre o estado de saúde do doente e sobre a admissibilidade do pedido de morte medicamente assistida (para o efeito remetendo a este o dossier clínico do doente); e, salvo oposição do doente, deve discutir o pedido com o médico



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

ou equipa de médicos que assegure os cuidados regulares do doente, e com o agregado familiar deste ou familiares mais próximos. Deve efetuar todas as diligências que tenha por adequadas no caso concreto para se assegurar de que o pedido é **voluntário e que foi proferido de forma séria, reflectida e livre de quaisquer pressões externas.**

O médico assistente deve conversar com o doente o número razoável de vezes, face à evolução da sua condição, de modo a, em consciência, se aperceber se a vontade deste, manifestada no pedido se mantém, devendo elaborar por cada consulta que realizar com o doente, um relatório no qual exponha os pontos discutidos, com indicação das respostas dadas e apreciação da postura do doente – cfr. artigo 6.º.

O médico, da área de especialização da patologia em causa, consultado pelo médico assistente, procede à análise do dossier clínico do doente, verificando em primeiro lugar se estão cumpridos os requisitos de admissibilidade, legitimidade e capacidade, bem como os requisitos legais exigidos para o pedido de morte assistida, e em caso afirmativo, deve examinar o doente nos mesmos moldes que o médico assistente terá examinado, elaborando relatório do qual consta o seu parecer sobre o pedido – cfr. artigo 7.º.

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

Caso os pareceres referidos anteriormente sejam favoráveis, e reconfirmada a vontade do doente, o médico assistente solicita parecer à Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei relativo ao cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

procedimento. Tal parecer deverá ser elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis – cfr. artigo 9.º.

A decisão final sobre o pedido de morte assistida cabe ao médico assistente, que elabora um relatório final com a decisão e comunica-a ao doente, só podendo deferir o pedido se os pareceres dos três médicos envolvidos e da Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei forem favoráveis – cfr. artigo 10.º.

Caso algum dos médicos envolvidos emita um parecer desfavorável, o doente tem direito a pedir, no prazo de 30 dias, uma reavaliação realizada por outro médico com a mesma especialização daquele que emitiu o parecer desfavorável – cfr. artigo 11.º.

A escolha entre eutanásia (quando o fármaco letal é administrado por profissional qualificado) ou suicídio assistido (quando é o próprio doente a autoadministrar o fármaco letal) cabe ao doente, sendo que o suicídio assistido deve ser praticado sob orientação e supervisão médica – cfr. artigo 12.º.

Antes de ser disponibilizado ao doente o fármaco letal ou de proceder à sua administração, o médico deverá questionar pela última vez se este mantém a sua vontade de se submeter à morte medicamente assistida, devendo registar, em caso afirmativo, esta decisão por escrito, devidamente datada e assinada, combinando com o doente o dia, local e método a utilizar. Nos casos em que o doente esteja impossibilitado de escrever ou assinar, este pode fazer-se representar por pessoa por si indicada, caso em que a redacção e assinatura ocorre na presença do médico assistente – cfr. artigo 13.º.

O doente pode, a todo o tempo, revogar o seu pedido de morte medicamente assistida, por escrito ou oralmente, ficando tal facto registado no dossier clínico – cfr. artigo 14.º.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A escolha do local para a prática da morte medicamente assistida cabe ao doente, podendo esta ocorrer em instalações públicas ou privadas de saúde ou no domicílio do doente – cfr. artigo 15.º.

Para além do médico assistente e demais profissionais de saúde, podem estar presentes no ato de morte medicamente assistente as pessoas escolhidas pelo doente – cfr. artigo 16.º.

Nos casos em que o doente ficar inconsciente antes do momento do cumprimento da morte medicamente assistida, o procedimento é interrompido, só prosseguindo nos casos em que o doente recupere a sua consciência e manifeste vontade de prosseguir com o pedido – cfr. artigo 17.º.

O procedimento de verificação do óbito obedece à legislação em vigor, sendo que a causa de morte a inscrever na certidão de óbito deverá ser a patologia da qual o doente padecia e que suscitou o processo da morte medicamente assistida – cfr. artigo 18.º.

Após o óbito do doente, o médico assistente preenche uma declaração que contém os elementos indicados no n.º 2 do artigo 19.º, remetendo a mesma à Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei, que é criada através desta lei. Esta declaração, cujo modelo será criado pelo Governo e disponibilizado em plataforma online, tem natureza confidencial e destina-se ao uso exclusivo da Comissão – cfr. artigos 19.º e 21.º.

Sem prejuízo do parecer previamente emitido pela Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, o médico assistente deverá remeter, no prazo de 15 dias, o dossier clínico que contenha toda a informação relevante do processo de morte medicamente assistida para a referida Comissão. Esse envio é igualmente obrigatório nos casos de recusa ou revogação do pedido – cfr. artigo 20.º.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A Comissão exerce uma função de fiscalização e controlo desta lei, competindo-lhe nomeadamente acompanhar sistematicamente a aplicação da lei no domínio ético, médico e jurídico. Será composta por cinco membros: **dois juristas** (um indicado pelo Conselho Superior da Magistratura e outro pelo Conselho Superior do Ministério Público), **um médico** (indicado pela Ordem dos Médicos), **um enfermeiro** (indicado pela Ordem dos Enfermeiros) e **um especialista em bioética** (indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida) – cfr. artigos 22.º a 24.º.

O mandato desta Comissão é independente do das entidades que os designam e tem a duração de 5 anos, não podendo ser renovado mais de uma vez – cfr. artigo 25.º.

A Comissão estabelece o seu regulamento interno, delibera quando estejam presentes pelo menos cinco<sup>3</sup> dos seus membros e as decisões são tomadas por maioria simples – cfr. artigo 26.º.

A Comissão recebe e analisa a documentação remetida pelo médico assistente, que inclui a declaração oficial e o dossiê clínico do doente com toda a documentação relevante, por forma a verificar se os requisitos previstos na presente lei foram cumpridos. Se tiver dúvidas, chama os médicos envolvidos no processo para prestarem declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários. Caso conclua, nos casos em que a morte medicamente assistida tenha já sido praticada, que não estavam reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, esta deve comunicar a sua decisão, de forma fundamentada, aos médicos, remetendo igualmente cópia do arquivo completo e da decisão à Ordem dos Médicos, para instrução de processo disciplinar e às autoridades competentes para efeitos de apuramento de responsabilidade civil e criminal – cfr. artigo 27.º.

---

<sup>3</sup> Não se compreende que se exija a presença de “*pelo menos cinco dos seus membros*” para a Comissão poder funcionar quando esta é composta por cinco membros. Note-se que, na anterior legislatura, o PAN propunha que a Comissão tivesse sete membros, o que permitia compreender um quórum de funcionamento de pelo menos cinco membros.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A Comissão deverá enviar, anualmente, ao Presidente da República, ao Presidente da Assembleia da República e ao Primeiro-Ministro, um relatório com dados estatísticos e com a descrição e avaliação da execução da presente lei, o qual poderá conter recomendações de alteração legislativa – cfr. artigo 28.º.

A Comissão poderá obter todas as informações necessárias de quaisquer entidades e instituições que se mostrem essenciais para o desenvolvimento das suas funções, bem como consultar peritos e especialistas nas matérias conexas com as suas atribuições, sendo que os seus membros estão sujeitos ao dever de sigilo – cfr. artigos 29.º e 30.º.

Os 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, podem praticar ou ajudar ao ato da antecipação da morte, excluindo-se aqueles que possam vir a obter qualquer benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial – cfr. artigo 31.º.

Todos os profissionais de saúde que tenham, direta ou indiretamente, participado no processo de morte medicamente assistida estão obrigados a guardar sigilo profissional sobre todos os factos cujo conhecimento lhes advenha do exercício das suas funções – cfr. artigo 32.º.

É garantido aos médicos e demais profissionais de saúde o direito à objeção de consciência, a qual é declarada em documento assinado pelo objetor e apresentado ao diretor clínico ou ao diretor de enfermagem onde o objetor presta serviço. A recusa do médico e demais profissionais de saúde é comunicada ao doente no prazo máximo de 24h após a formulação do pedido ou pedido de parecer – cfr. artigo 33.º.

São ainda propostas as seguintes alterações ao Código Penal – cfr. artigo 34.º:

- É aditado um novo n.º 3 ao artigo 134.º, relativo ao crime de homicídio a pedido da vítima, segundo o qual “*O acto não é punível se tiver sido praticado por profissional*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*de saúde que actue em cumprimento de decisão sobre o pedido de morte medicamente assistida, nos termos legalmente previstos”;*

- *É aditado um novo n.º 3 ao artigo 135.º, relativo ao crime de incitamento ou ajuda ao suicídio, segundo o qual “O acto não é punível se tiver sido praticado por profissional de saúde que actue em cumprimento de decisão sobre o pedido de morte medicamente assistida, nos termos legalmente previstos”.*

Prevê-se que a presente lei seja regulamentada no prazo máximo de 180 dias após a sua publicação e, por último, que a mesma entre em vigor no prazo de 30 dias a contar da data da sua publicação – cfr. artigos 35.º e 36.º.

- **Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS)**

Considerando que *“não deve o Estado impor uma única conceção de vida, um único trajeto de escolhas individuais ou sequer um único modelo de pessoa”* e alicerçando esta posição na *“autonomia individual de cada pessoa”* decorrente do *“princípio da dignidade da pessoa humana”* e do *“direito ao desenvolvimento da personalidade”*, os proponentes respondem positivamente à questão de saber se é legítimo que *“a autonomia das pessoas”* deva *“abrançar algum tipo de dimensão essencial da vida – a morte”*, *“materializando o respeito pela pessoa em final de vida com um projeto de lei que vem regular as condições especiais para a prática da eutanásia não punível”* – cfr. exposição de motivos.

Reconhecendo que este é *“um tema particularmente complexo e exigente no plano jurídico-constitucional, confrontando autores que sustentam a inconstitucionalidade da opção despenalizadora da eutanásia, por um lado, e outros que, em sentido diametralmente oposto, defendem que não a permitir, em caso algum, traduziria isso sim uma inconstitucionalidade”*, os subscritores desta iniciativa consideram que *“é, todavia, possível identificar hoje, com clareza, uma área de confluência maioritária concludente de que a despenalização da*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*eutanásia, desde que em circunstâncias especialmente circunscritas, não é inconstitucional, tendo o legislador margem de liberdade para regular as condições especiais para a prática da eutanásia não punível*” – cfr. exposição de motivos.

Sublinham os proponentes que, “*quando se propõe no presente projeto de lei regular as situações especiais em que a prática da eutanásia não é punível, o que se pretende fazer é apenas reconhecer o que se nos afigura essencial para salvaguardar a esfera de autonomia individual*” – cfr. exposição de motivos.

Retomando, com alterações pontuais, o Projeto de Lei n.º 832/XIII/3 (PS)<sup>4</sup>, a presente iniciativa visa regular as condições especiais da prática de eutanásia não punível e procede à 50.ª alteração ao Código Penal– cfr. artigo 1.º.

O artigo 2.º considera eutanásia 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, sendo que o pedido subjacente a esta decisão (que pode ser livremente revogado a qualquer momento) obedece a procedimento clínico e legal, correspondendo a uma vontade atual, séria, livre e esclarecida.

O Capítulo II (artigos 3.º a 15.º) regula o procedimento clínico para antecipação da morte, o qual é composto por seis fases, uma das quais de verificação eventual.

O pedido de abertura do procedimento clínico é efetuado pelo doente (que tem de ser uma pessoa maior, em situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal), em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, a ser integrado em Registo Clínico Especial (RCE) criado para o efeito – cfr. n.º 1 do artigo 3.º.

---

<sup>4</sup> Esta iniciativa foi discutida e rejeitada na generalidade em 29/05/2018, com os votos a favor de 4Dep-PSD, PS, BE, PEV e PAN, contra do PSD, 2Dep-PS, CDS-PP e PCP, e a abstenção de 4Dep-PSD.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente (o médico orientador), considerando-se legítimos apenas os pedidos apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional – cfr. n.º 2 e 3 do artigo 3.º.

Salvaguarda-se a possibilidade de estar a decorrer ou de se iniciar um processo judicial visando a incapacidade do doente, caso em que o pedido é, respetivamente, não admitido ou suspenso, assumindo aquele processo judicial carácter urgente – cfr. n.ºs 4 e 5 do artigo 3.º. Referem os proponentes que é desta forma considerada “*a preocupação manifestada pelo Conselho Superior Magistratura em parecer relativamente a outra iniciativa sobre a matéria*” – cfr. exposição de motivos.

A segunda fase do procedimento clínico consiste na emissão do parecer do médico orientador. Este emite parecer sobre se o doente cumpre todos os requisitos legais e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis 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. A informação e parecer prestados pelo médico orientador e a declaração do doente, assinados por ambos, constam no RCE – cfr. artigo 4.º.

De resto, todos os passos do procedimento clínico, e neles, a reiteração da vontade do doente, são sempre registados, datados e assinados, no RCE – cfr. n.º 2 do artigo 4.º, n.º 4 do artigo 5.º, n.º 3 do artigo 6.º, n.º 3 do artigo 8.º, n.º 1 do artigo 9.º, artigo 12.º, artigo 13.º e n.º 1 do artigo 14.º.

A terceira fase do procedimento clínico consiste na confirmação do pedido por parte do médico especialista na patologia que afeta o doente. Se este parecer não for favorável à antecipação da morte do doente, contrariando, assim, o parecer do médico orientador, o procedimento em curso é cancelado, só podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura – cfr. n.ºs 1 e 3 do artigo 5.º.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A quarta fase do procedimento clínico é uma fase eventual, pois só se verifica nos casos em que é obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria. Tal ocorre nos casos em que o médico orientador e/ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte revelando uma vontade séria, livre e esclarecida, bem como nos casos em que estes admitam ser a pessoa portadora de perturbação psíquica que afete a sua capacidade de tomar decisões revelando uma vontade séria, livre e esclarecida. Se o médico especialista em psiquiatria confirmar que o doente não se encontra capaz, o procedimento é cancelado - cfr. artigo 6.º.

Na quinta fase, recolhidos os pareceres favoráveis dos vários médicos intervenientes e reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador remete, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, cópia do RCE à Comissão de Verificação e Avaliação do Procedimento Clínico de Antecipação da Morte (CVA). Em caso de parecer desfavorável desta Comissão, o procedimento em curso é cancelado, também só podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura – cfr. artigo 7.º.

A sexta e última fase do procedimento clínico é a concretização da decisão do doente. O médico orientador combina com o doente 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, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente. Prevê-se 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. Imediatamente antes de iniciar a administração ou auto-administração dos fármacos letais, o médico orientador deve confirmar se o doente mantém a vontade de antecipar a sua morte, na presença de uma ou mais testemunhas – cfr. artigo 8.º



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A revogação da decisão de antecipar a morte em qualquer momento cancela imediatamente o procedimento clínico em curso – cfr. artigo 9.º.

Por vontade do doente, o ato de antecipação da morte pode ser praticado no seu domicílio ou noutro local por ele indicado, desde que o médico orientador considere que o local dispõe de condições adequadas para o efeito em termos de conforto e segurança clínica – cfr. artigo 10.º.

Além do médico orientador e de outros profissionais de saúde envolvidos no ato de antecipação da morte, podem estar presentes as pessoas indicadas pelo doente – cfr. artigo 11.º.

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor – cfr. artigo 12.º.

No prazo de 15 dias após a morte, o médico orientador elabora o relatório final, mantendo-se essa obrigação mesmo nos casos em que o procedimento é encerrado sem que tenha ocorrido a antecipação da morte do doente – cfr. artigo 14.º

Prevê-se que a decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte é indelegável, embora caso o doente que solicite a antecipação da morte esteja impossibilitado de fisicamente escrever e assinar, possa, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se substituir por pessoa por si designada apenas para esse efeito, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, na presença de uma ou mais testemunhas – cfr. artigo 15.º.

O Capítulo III (artigos 16.º a 20.º) regula a responsabilidade médica.

Os 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, podem praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte, excluindo-se aqueles que possam vir a obter





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

qualquer benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial – cfr. artigo 16.º.

Os deveres a que devem obedecer os profissionais de saúde no decurso do procedimento clínico de antecipação da morte encontram-se previstos no artigo 17.º.

Os profissionais de saúde que tenham tido participação direta ou indireta em processo de antecipação da morte estão sujeitos a sigilo profissional e a respeitar a confidencialidade da informação a que tenham tido acesso – cfr. artigo 18.º, sendo-lhes assegurado o direito à objeção de consciência – cfr. artigo 19.º.

Pela participação no processo clínico de antecipação da morte, cumprindo todas as condições e deveres estabelecidos na presente lei, não poderão os médicos e os enfermeiros ser sujeitos a responsabilidade disciplinar – cfr. artigo 20.º.

Em termos de fiscalização e de avaliação (Capítulo IV – artigos 21.º a 23.º), 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 – cfr. artigo 21.º.

É também criada a já referida Comissão de Verificação e Avaliação do Procedimento Clínico de Antecipação da Morte (CVA) para emissão do parecer obrigatório referido no n.º 1 do artigo 7.º e avaliação da aplicação desta lei. A CVA apresenta, anualmente, um relatório de avaliação à Assembleia da República, junto das comissões especializadas nas áreas da saúde e dos direitos, liberdades e garantias, podendo elaborar recomendações – cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 22.º.

A CVA é composta por cinco personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação da presente lei: um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura, um jurista indicado pelo Conselho



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Superior do Ministério Público, um médico indicado pela Ordem dos Médicos, um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros e um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, sendo o mandato dos membros da CVA de cinco anos, renovável por um único período. Esta entidade funciona no âmbito da Assembleia da República que assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários e os respetivos membros não são remunerados pelo exercício das suas funções, tendo direito a senhas de presença por cada reunião em que participam de montante a definir por despacho do Presidente da Assembleia da República e, bem assim, a ajudas de custo e a requisições de transporte nos termos da lei geral – cfr. artigo 23.º.

No Capítulo V, relativo a alteração legislativa, é proposto o aditamento de um novo n.º 3 aos artigos 134.º e 135.º do Código Penal, referentes aos crimes de homicídio a pedido da vítima e de incitamento ou ajuda ao suicídio, respetivamente, a excluir a punibilidade desses crimes quando a conduta for realizada 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 – cfr. artigo 24.º.

No Capítulo VI, relativo a disposições finais (artigos 25.º a 27.º), prevê-se que a Direção-Geral da Saúde disponibilize, no seu sítio da Internet, uma área destinada a informação sobre a realização de eutanásia não punível – cfr. artigo 25.º; obriga-se o Governo a aprovar, no prazo máximo de 90 dias a contar da publicação desta lei, a respetiva regulamentação – cfr. artigo 26.º; e estabelece-se a entrada em vigor da lei “30 dias após a regulamentação se encontrar aprovada” – cfr. artigo 27.º.

- **Projeto de Lei n.º 168/XIV/1.ª (PEV)**



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Recordando que, “*Na passada legislatura, o Partido Ecologista Os Verdes apresentou um Projeto de Lei que propunha a definição das condições em que se poderia praticar a morte medicamente assistida – Projeto de Lei n.º 838/XIIP*”, “*o PEV opta pela reapresentação do mesmo Projeto de Lei, produto da reflexão feita, aberto aos mais sérios contributos, e com a convicção de que ele constitui uma base de trabalho para que possa haver uma consequência efetiva na garantia da dignidade da pessoa humana*” – cfr. exposição de motivos.

Os proponentes salientam que “*propõem que se despenalize a morte medicamente assistida, em situações extremas e em condições muito bem definidas*”, pretendendo “*que fique claro que esta proposta em nada, 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, com o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, e melhorar o bem-estar e o apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva*” e que “*fique igualmente claro que esta proposta não implica obrigar ninguém a escolher a antecipação da sua morte*” – cfr. exposição de motivos.

Assim, retomando integralmente o Projeto de Lei n.º 838/XIII/3 (PEV)<sup>5</sup>, a presente iniciativa visa definir as condições e os procedimentos específicos a observar nos casos de morte medicamente assistida e alterar 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 – cfr. artigo 1.º.

Nesse sentido, é proposto o aditamento de um novo n.º 3 aos artigos 134.º (homicídio a pedido da vítima) e 135.º (incitamento ou ajuda ao suicídio) do Código Penal a excluir a punibilidade do médico e demais pessoal clínico que o assista que, cumprindo integralmente os

---

<sup>5</sup> Esta iniciativa foi discutida e rejeitada na generalidade em 29/05/2018, com os votos a favor de 3Dep-PSD, PS, BE, PEV e PAN, contra do PSD, 3Dep-PS, CDS-PP e PCP, e a abstenção de 4Dep-PSD e 4Dep-PS.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

procedimentos e condições previstos na lei, provoque a morte medicamente assistida ou preste assistência ou auxílio ao suicídio, 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 – cfr. artigo 2.º.

É ainda proposto o aditamento de um novo n.º 2 ao artigo 139.º (propaganda ao suicídio) do Código Penal a excluir a punibilidade do médico ou enfermeiro que, não incitando nem fazendo propaganda, apenas preste informação, a pedido expresso de outra pessoa, sobre o suicídio medicamente assistido, de acordo com o n.º 3 do artigo 135.º - cfr. artigo 2.º.

O artigo 3.º estabelece que a morte medicamente assistida consiste na 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 expresso nesse sentido, sendo garantida a avaliação e o reconhecimento da consciência, liberdade, esclarecimento e capacidade do doente para realizar esse pedido, sendo que a morte medicamente assistida só pode ser consumada através da administração de fármacos letais, podendo essa administração ser feita ou pelo próprio doente sob vigilância médica, configurando o suicídio medicamente assistido.

O pedido de morte medicamente assistida só pode ser realizado por doente com idade igual ou superior a 18 anos, com nacionalidade portuguesa ou com residência legal em Portugal, que se encontre a ser acompanhado e tratado em estabelecimento de saúde do Serviço Nacional de Saúde, só podendo ser aceite no caso de o doente se encontrar em profundo estado de



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

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. Não pode ser atendido um pedido de doente que sofra de doença mental ou psíquica, ou que seja considerado incapaz de compreender a sua situação e de tomar sozinho decisões sobre a sua vida, nos termos gerais do direito, devendo o pedido do doente ser, cumulativamente, sério, livre, pessoal, reiterado, instante, expreso, consciente e informado. Todos estes requisitos do pedido são atestados por uma Comissão de Verificação – cfr. artigo 4.º.

O pedido do doente, dirigido à Comissão de Verificação correspondente à área regional do estabelecimento de saúde do Serviço Nacional de Saúde em que o doente é acompanhado e tratado, é feito obrigatoriamente sob a forma escrita, mediante preenchimento de formulário que é assinado na presença do médico que o acompanha (o médico titular), o qual atesta ter presenciado o ato de assinatura. Caso o doente não saiba ou não possa assinar o pedido expreso, aplicam-se as regras do reconhecimento de assinatura a rogo na presença de profissional legalmente competente, bem como do médico titular. Antes de assinar o pedido, o médico titular informa-o das possibilidades de evolução e da irreversibilidade da lesão ou da doença, das consequências e do sofrimento envolvido, das alternativas terapêuticas e de todas as possibilidades de mitigar as dores e o sofrimento, informação essa que o doente atesta ter recebido através do preenchimento de um campo que consta obrigatoriamente do formulário. Caso o médico seja objetor de consciência, informa o doente desse facto, bem como do direito que lhe assiste de falar com outro médico, devendo comunicar a intenção do doente à direção do estabelecimento de saúde, o qual pedirá a designação de médico para consultar e acompanhar o doente em caso de formulação do pedido. – cfr. artigo 5.º e 7.º.

O médico titular procede à entrega do pedido do doente na direção do estabelecimento de saúde respetivo, o qual deve perguntar ao doente que familiares, ou outras pessoas, devem ser informadas do pedido realizado, e proceder a esses contactos, bem como deve 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



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

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. O pedido é depois remetido à Comissão de Verificação competente, juntamente com o parecer do médico titular, que avalia se o pedido do doente cumpre as condições, os critérios e os procedimentos legalmente exigidos – cfr. artigos 6.º e 7.º.

As Comissões de Verificação serão criadas por portaria, uma em cada área de Administração Regional de Saúde e cada uma será constituída por sete pessoas (três médicos, dois enfermeiros e dois juristas) de reconhecido mérito, com mais de 10 anos de exercício profissional, para desempenhar um mandato de cinco anos, renovável por duas vezes. As Comissões de Verificação deliberam sem abstenções, exigindo-se uma maioria qualificada de dois terços – cfr. artigo 7.º.

Recebido o pedido do doente e do relatório do médico titular, a Comissão de Verificação solicita um relatório a um médico psiquiatra, de modo a atestar se o pedido cumpre as condições legais (nomeadamente se é sério e consciente), o qual é remetido ao médico titular com o qual a Comissão de Verificação reúne de seguida. Caso entenda necessário, a Comissão de Verificação pode pedir outros relatórios de avaliação médica da situação do doente. Recebidos todos os pareceres e relatórios solicitados, e verificada a conformidade do pedido do doente, a Comissão de Verificação agenda uma data para que o doente reitere expressamente o seu pedido na presença do médico titular, de um elemento da Comissão de verificação e, caso doente o pretenda, de um familiar ou amigo. O procedimento só avança com o relatório favorável do médico titular e da avaliação psiquiátrica, verificados todos os demais requisitos legais. Sem estas condições preenchidas, a Comissão de Verificação delibera desfavoravelmente sobre o pedido do doente, caso em que o processo é arquivado – cfr. artigo 8.º. Nestes casos, o doente pode pedir a reanálise do pedido apenas por uma vez – cfr. artigo 9.º.

Havendo deliberação favorável ao pedido do doente, esta é comunicada ao médico titular, à direção do estabelecimento de saúde e ao doente, que deve reiterar expressamente o pedido. Após a reiteração do pedido, o médico titular marca a data e a hora para a concretização



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

da morte medicamente assistida, a qual só pode ser realizada em estabelecimento de saúde público do Serviço Nacional de Saúde<sup>6</sup> - cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 10.º.

O doente é informado pelo médico titular sobre as características e os efeitos da substância letal a administrar, bem como da possibilidade de ser o médico titular a administrá-la ou de ser o próprio doente a fazê-lo sob supervisão médica, cabendo sempre ao doente escolher quem administra a substância letal. Para além da presença obrigatória do médico titular e de outros profissionais de saúde que o auxiliam, é ao doente que compete escolher as pessoas que pretende que assistam ao momento da morte medicamente assistida, respeitando o número limite definido pela direção do estabelecimento de saúde onde o ato é praticado. Na data e hora marcada, o doente manifesta pela última vez a sua vontade de antecipar a morte, bem como a escolha do procedimento a utilizar, assinando essa declaração de vontade – cfr. n.ºs 4 a 7 do artigo 10.º.

Após a verificação da morte, é certificado o óbito e enviada cópia para a Comissão de Verificação, conjuntamente com relatório assinado pelo médico titular no qual são descritos os procedimentos e as ocorrências verificadas no ato de morte medicamente assistida, bem como a identificação de todas as pessoas presentes. Caso a Comissão de Verificação detete algum incumprimento das disposições legais, comunica o facto ao Ministério Público – cfr. n.ºs 8 e 9 do artigo 10.º.

É salvaguardada a possibilidade de, a todo o momento, o doente revogar o pedido, sem necessidade de fundamentação e sem obedecer a quaisquer exigências formais, sendo que a revogação do pedido põe fim ao processo – cfr. artigo 11.º.

É assegurado aos médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde o direito à objeção de consciência relativamente a quaisquer atos respeitantes à morte medicamente assistida – cfr. artigo 12.º.

---

<sup>6</sup> Consideram os proponentes que, “*de modo a evitar eventuais ânsias de negócio, a morte medicamente assistida deve ter lugar apenas em hospitais públicos, e não em hospitais privados*” – cfr. exposição de motivos.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Determina-se que o Governo crie, através de portaria, uma Comissão de Avaliação do regime legal previsto na presente lei, com vista, designadamente, a recolher dados estatísticos, a aferir das práticas resultantes da aplicação da lei ou a sugerir alterações legislativas que se revelem mais adequadas. Esta Comissão é composta por três representantes indicados pela Assembleia da República, três indicados pelo Governo e um pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, com um mandato de quatro anos – cfr. artigo 13.º.

O artigo 14.º salvaguarda os profissionais de saúde que participem no processo de morte medicamente assistida de serem alvo de qualquer sanção disciplinar de foro deontológico.

O artigo 15.º obriga a regulamentação desta lei pelo Governo no prazo de seis meses e o artigo 16.º estabelece que esta lei entre em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

### **I c) Enquadramento constitucional e legal**

A Constituição da República Portuguesa (CRP) consagra, no seu artigo 24.º, o direito à vida, determinando o n.º 1 deste preceito constitucional que “*A vida humana é inviolável*”. Ora, é precisamente esta garantia e proteção do direito à vida que decorre do texto constitucional que tem fundamentado, no plano legal, a proibição da eutanásia e do suicídio medicamente assistido.

Por isso, o Código Penal tipifica como crime as seguintes condutas:

- quem matar outra pessoa dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral que diminuam sensivelmente a culpa – (**Homicídio Privilegiado – artigo 133.º**), é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos,





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito (**Homicídio a Pedido da Vítima – artigo 134.º**), é punido com pena de prisão até 3 anos;
- quem incitar e ajudar outra pessoa a suicidar-se (**Incitamento ou Ajuda ao Suicídio – artigo 135.º**), é punido com pena de prisão até 3 anos.

Por outro lado, decorre do artigo 1.º da CRP o princípio da “*dignidade da pessoa humana*” do qual emana o direito à autodeterminação individual, assente na autonomia da vontade da pessoa, que vem sustentando no plano teórico a constitucionalidade da opção de despenalização das presentes iniciativas legislativas.

### **I d) Direito comparado**

Na passada legislatura, a DILP elaborou um dossier de direito comparado sobre a matéria da eutanásia e suicídio assistido, o qual se encontra disponível em:

[http://arnet/sites/dsdic/DILP/DILPArquivo/Dossiers%20de%20Informação/Eutanasia\\_Suicido\\_Assistido.pdf](http://arnet/sites/dsdic/DILP/DILPArquivo/Dossiers%20de%20Informação/Eutanasia_Suicido_Assistido.pdf)

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

Afigura-se pertinente acrescentar que na Holanda, em que a eutanásia é legal desde 2002, está actualmente em debate a distribuição gratuita, sem prescrição médica, de um comprimido letal a pessoas com idade superior a 70 anos que estejam “cansadas de viver e considerem ter completado a sua vida”.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### I e) Antecedentes

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

No âmbito do Grupo de Trabalho constituído para a apreciação desta Petição, foi realizada a audição das seguintes entidades:

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

Na anterior legislatura também foi apreciada uma petição contra a eutanásia: a **Petição n.º 250/XIII/2** - «*Toda a vida tem dignidade*», promovida pela Federação Portuguesa pela Vida



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

e subscrita por 14196 cidadãos, a qual foi apresentada em 25 de janeiro de 2017 e apreciada em Plenário em 30 de janeiro de 2019.

No âmbito do Grupo de Trabalho constituído para a apreciação desta Petição, foi realizada a audição das seguintes entidades:

- Federação Portuguesa pela Vida (Audição realizada em 19.04.2017);
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Audição realizada em 26.04.2017);
- Ordem dos Advogados (Audição realizada em 23.05.2017);
- Dr. António Cluny (Audição realizada em 06.06.2017);
- Diretora-Geral da Saúde (Audição realizada em 06.12.2017);
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; Associação Portuguesa de Bioética (APB); Comissão Nacional de Justiça e Paz; Movimento Cívico para a Despenalização da Morte Assistida (Audição realizada em 01.02.2018);
- 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 (Audição realizada em 08.02.2018);
- Dr. José Manuel de Paiva Jara (psiquiatra); Dr. João Oliveira (Médico); Dr. Ramon de La Féria (Médico-Cirurgião) (Audição realizada em 09.02.2018).

Na passada legislatura, foram apresentadas as seguintes iniciativas, todas discutidas e rejeitadas na generalidade em 29 de maio de 2018:

- Projeto de Lei n.º 418/XIII/2 (PAN) - «Regula o acesso à morte medicamente assistida», com os votos a favor de 3Dep-PSD, PS, BE, PEV e PAN, contra do PSD, 3Dep-PS, CDS-PP e PCP, e a abstenção de 5Dep-PSD e 6Dep-PS;



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- Projeto de Lei n.º 773/XIII/3 (BE) - «*Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria da pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível*», com os votos a favor de 3Dep-PSD, PS, BE, PEV e PAN, contra do PSD, 3Dep-PS, CDS-PP e PCP, e a abstenção de 4Dep-PSD e 4Dep-PS;
- Projeto de Lei n.º 832/XIII/3 (PS) - «*Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível*», com os votos a favor de 4Dep-PSD, PS, BE, PEV e PAN, contra do PSD, 2Dep-PS, CDS-PP e PCP, e a abstenção de 4Dep-PSD;
- Projeto de Lei n.º 838/XIII/3 (PEV) - «*Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível*», com os votos a favor de 3Dep-PSD, PS, BE, PEV e PAN, contra do PSD, 3Dep-PS, CDS-PP e PCP, e a abstenção de 4Dep-PSD e 4Dep-PS.

De referir que o BE e o PAN assumiram no seu programa eleitoral às eleições legislativas de 2019 a legalização da eutanásia nos seguintes termos:

- «*O Bloco assume o compromisso de apresentar na próxima legislatura uma proposta de despenalização da morte assistida nos mesmos termos da que apresentou em 2018. Essa proposta despenalizará a atuação de quem, face a um pedido reiterado de alguém com doença fatal e irreversível e com um sofrimento insuportável, comprovados por dois médicos ou médicas, colabore na concretização da antecipação da morte pedida por essa pessoa*»;
- Programa eleitoral do PAN: «*871 Despenalizar a morte medicamente assistida, por decisão consciente e reiterada da pessoa, com lesão definitiva ou doença incurável e irreversível e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável.*».

Recorde-se que o PAN foi o único partido com assento parlamentar em cujo programa eleitoral, nas eleições legislativas de 2015, figurava a eutanásia. Nele encontra-se



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

previsto: *“Abrir a discussão em relação à eutanásia. Porquê? Actualmente a Eutanásia é proibida por lei, sendo também proibida pelo código deontológico dos médicos. O PAN pretende trazer esta situação à discussão, de modo a que se venha a definir se um/a cidadão/ã lúcido/a deve ou não, por razões de saúde, poder decidir terminar a sua vida.”*

De referir, por último, que o programa eleitoral do PS não contempla nenhuma referência à legalização da eutanásia. O mesmo se diga em relação ao Programa do XXII Governo Constitucional.

### **I f) Pedido de audiência por parte do movimento cívico Stop eutanásia**

Conforme já referido na nota introdutória, foi recebido na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, em 4 de dezembro de 2019, um pedido de audiência, conjunto com a Comissão de Saúde, por parte do movimento cívico Stop eutanásia, integrado na Associação Plataforma Pensar & Debater, a respeito das iniciativas legislativas ora em apreço, o qual foi remetido, por despacho do Senhor Presidente da 1.ª Comissão, à signatária do presente parecer.

O pedido refere que o movimento cívico Stop eutanásia será representado na audiência pelo respetivo *“staff que será composto por profissionais de várias áreas da sociedade civil: saúde, direito, educação”*, bem como por duas *“bioéticas:*

*Caroline Roux (França), Directora da Allianca Vita e da Allinace Vita Internacional*

*Carine Brochier (Bélgica), Administradora do Institute European de Bioéthique”*, solicitando breve resposta por parte da Comissão *“para o devido agendamento com os especialistas internacionais”*.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Considera a signatária do presente parecer que este pedido de audiência, por ser dirigido em conjunto à 1.ª Comissão e à Comissão de Saúde, carece de pronúncia por parte das comissões respectivas.

Acresce que, a reabertura do debate à sociedade civil em torno desse tema, envolvendo a audição de vários especialistas, inclusivamente de índole internacional, carece sempre de deliberação por parte da 1.ª Comissão, razão pela qual a signatária do presente parecer devolve o pedido de audiência que lhe foi despachado pelo Senhor Presidente da 1.ª Comissão à consideração do plenário da 1.ª Comissão.

### **I g) Iniciativas Conexas**

Deu, entretanto, entrada na Assembleia da República o PJI n.º 195/XIV/1.ª “*Regula a antecipação do fim de vida, de forma digna, consciente, e medicamente assistida*”, apresentado pelo Deputado único representante da Iniciativa Liberal.

## **PARTE II – OPINIÃO DA RELATORA**

A signatária do presente parecer exime-se, nesta sede, de manifestar a sua opinião política sobre os Projetos de Lei n.ºs 4/XIV/1.ª (BE), 67/XIV/1.ª (PAN), 104/XIV/1.ª (PS) e 168/XIV/1 (PEV), a qual é, de resto, de “*elaboração facultativa*” nos termos do n.º 3 do artigo 137º do Regimento da Assembleia da República.

## **PARTE III - CONCLUSÕES**

1. O BE apresentou à Assembleia da República o Projeto de Lei n.º 4/XIV/1.ª – “*Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria da pessoa*”



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível”*

2. Por sua vez, o PAN apresentou à Assembleia da República o Projeto de Lei n.º 67/XIV/1.ª – *“Regula o acesso à morte medicamente assistida”*.
3. Posteriormente, o PS apresentou à Assembleia da República o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.ª – *“Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática da eutanásia não punível”*.
4. Finalmente, o PEV apresentou à Assembleia da República o Projeto de Lei n.º 168/XIV/1.ª – *“Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível”*.
5. Todas as iniciativas objecto do presente parecer pretendem definir os termos e as condições para a prática da eutanásia, ou morte medicamente assistida, não punível, regulando as situações em que tal é admissível.
6. Todas as iniciativas vertentes propõem a alteração dos artigos 134.º (Homicídio a pedido da vítima) e 135.º (Incitamento ou ajuda ao suicídio) do Código Penal excluindo a punibilidade dessas condutas nos casos em que é admissível a morte medicamente assistida. Sendo que o PJP 168/XVI/1.ª PEV propõe também uma alteração ao art.º 139.º do Código Penal (Propaganda ao Suicídio), através do aditamento de um n.º 2, excluindo a punibilidade do médico ou enfermeiro que, não incitando nem fazendo propaganda, apenas preste informação, a pedido expresso de outra pessoa, sobre o suicídio medicamente assistido, de acordo com o n.º 3 do art.º 135.º do Código Penal.
7. Face ao exposto, a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias é de parecer que os Projetos de Lei n.ºs 4/XIV/1.ª (BE), 67/XIV/1.ª (PAN), 104/XIV/1.ª (PS) e 168/XIV/1.ª (PEV) reúnem os requisitos constitucionais e regimentais para serem discutidos e votados em plenário.



**ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA**

**PARTE IV – ANEXOS**

Anexam-se as notas técnicas elaboradas pelos serviços ao abrigo do disposto no artigo 131.º do Regimento da Assembleia da República.

Palácio de S. Bento, 12 de fevereiro de 2020

A Deputada Relatora

*(Sandra Pereira)*

O Presidente da Comissão

*(Luís Marques Guedes)*



## **Projeto de Lei n.º 67/XIV (1.ª) (PAN)**

### **Regula o acesso à morte medicamente assistida**

Data de admissão: 14 de novembro de 2019

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

#### **Índice**

**I. Análise da iniciativa**

**II. Enquadramento parlamentar**

**III. Apreciação dos requisitos formais**

**IV. Análise de direito comparado**

**V. Consultas e contributos**

**VI. Avaliação prévia de impacto**

**VII. Enquadramento bibliográfico**

**Elaborado por: José Filipe Sousa (DAPLEN), Paula Faria (BIB), Luísa Colaço (DILP) e Nélia Monte Cid (DAC).**

**Data: 4 de dezembro de 2019**

## I. Análise da iniciativa

---

- **A iniciativa**

Retomando iniciativa legislativa apresentada na XIII Legislatura – [o Projeto de Lei n.º 418/XIII \(PAN\) – Regula o acesso à morte medicamente assistida](#) - as Deputadas e os Deputados do Grupo Parlamentar do PAN apresentam o presente Projeto de Lei visando a regulação da *“morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido”*.

Para efeitos de aplicação da Lei a aprovar, definem os proponentes como morte medicamente assistida, *‘o ato de, em resposta a um pedido do próprio, informado, consciente e reiterado, antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento sem esperança de cura’*, que se pode concretizar como eutanásia, definida, para os mesmos efeitos, como *‘quando o fármaco letal é administrado por um médico’* e suicídio medicamente assistido como *‘quando é o próprio doente a autoadministrar o fármaco letal, sob a orientação ou supervisão de um médico’*.

Invocam os proponentes como impulso legiferante concreto a [“petição n.º 103/XIII/1.º, que solicitava a despenalização da morte assistida”](#) e que *“deu início a um debate intenso no parlamento (...). A discussão deste tema nos moldes em que se realizou foi de extrema importância porque, apesar da complexidade e profundidade do mesmo, foi possível, especialmente em sede de Grupo de Trabalho, debater o tema com seriedade, discutir argumentos e retirar conclusões. A este debate seguiram-se muitos outros, impulsionados por organizações da sociedade civil, o que tem contribuído para um maior esclarecimento dos cidadãos sobre o tema da morte medicamente assistida, permitindo às pessoas mais indecisas formar a sua opinião de forma consciente.”*

Numa extensa exposição de motivos, em que configuram a morte medicamente assistida como *“o acto de antecipar a morte, em resposta a pedido consciente e reiterado, de uma pessoa doente em situação de grande sofrimento e numa situação*

*clínica grave e irreversível, sem quaisquer perspectivas de cura”, e fazendo apelo a estudos e citações de especialistas (da área da Medicina e do Direito), defendem que “a prática médica, cada vez mais, tem sido caracterizada pela autonomia e liberdade do paciente” e que “a ideia da autodeterminação veio alterar substancialmente o sentido do acto médico”, para além de que “o paciente deixou de ser um sujeito meramente passivo na relação médico/doente, para passar a ser um sujeito detentor de direitos que, em conjunto com o médico, decide o percurso da sua vida”.*

Sublinham que *“aquilo que se defende é que a vontade do paciente seja tida em conta, em todos os momentos, nomeadamente em relação à questão do fim de vida” e que “a morte assistida destina-se a doentes conscientes, lúcidos e cuja vontade foi manifestamente expressada, motivo pelo qual esta é sempre a pedido do paciente”.* Os proponentes reforçam que *“a morte medicamente assistida é pedida pelo doente e não sugerida pelo médico”.*

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

O projeto de lei divide-se em oito capítulos que dispõem, em 36 artigos, sobre: o conceito de morte medicamente assistida, requisitos de admissibilidade, legitimidade e capacidade para formular o pedido de morte medicamente assistida (artigos 3.º e 4.º); procedimento prévio ao cumprimento da morte medicamente assistida (artigos 5.º a 11.º) – pedido do doente, apreciação pelo médico assistente, pelo médico consultado, pelo médico psiquiatra, parecer da Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei e decisão, bem como reavaliação, sobre o pedido de morte medicamente assistida; cumprimento do pedido de morte medicamente assistida – decisão final do doente, revogação do pedido, local e pessoas autorizadas, perda de consciência do doente, verificação do óbito (artigos 12.º a 20.º); Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei (artigos 21.º a 30.º); direitos e deveres dos profissionais de saúde (artigos 31.º a

33.º); a alteração dos artigos 134.º e 135.º do Código Penal (artigo 34.º); e disposições finais (artigos 35.º e 36.º).

Em concreto, a iniciativa regula:

- o pedido de antecipação da morte – estabelecendo os requisitos da sua admissibilidade: apresentado “*de forma livre e voluntária*” e estabelecendo as condições de legitimidade do requerente: ter “*pelo menos 18 anos*”, “*nacionalidade portuguesa*” ou residência legal em Portugal; “*dotada de todas as capacidades*”, “*não padecendo de doenças “do foro mental”*”, nem “*interdito ou inabilitado por anomalia psíquica*”<sup>1</sup>;
- o procedimento prévio ao cumprimento da morte medicamente assistida – menções que o requerimento deve conter (forma escrita; com assinatura na presença do médico assistente; destinatário (médico assistente – à sua escolha; inscrição em formulário a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde); apreciação pelo médico assistente (preenchimento dos requisitos, informação sobre “*estado de saúde e expectativa de vida*”, possibilidades terapêuticas e cuidados paliativos, consulta de outro médico – “*médico consultado*”; discussão com a equipa de médicos que “*assegure os cuidados regulares do doente*” e com o agregado familiar); relatório com os resultados da consulta; parecer do médico assistente, devidamente fundamentado, contendo a sua análise sobre o pedido e a sua decisão; relatório do médico psiquiatra; parecer final de uma Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei, reconfirmada que seja a vontade do doente e subsequente decisão final do médico assistente, para além da possibilidade de reavaliação do pedido, a requerimento do doente, em caso de parecer desfavorável de algum dos clínicos;
- o cumprimento do pedido – com prévia decisão final do doente de confirmação da sua vontade, para além da possibilidade da revogação, por escrito ou

---

<sup>1</sup> Importa recordar a este propósito (artigo 4.º, n.º 1, c) do Projeto de Lei) que a [Lei n.º 49/2018, de 14.8](#) criou o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando os institutos da interdição e da inabilitação, previstos no Código Civil.

oralmente, da decisão; em local da escolha do doente - estabelecimentos de saúde, sem prejuízo da possibilidade de realização no domicílio desde que “*com condições para o efeito*”; presenças autorizadas; interrupção em caso de perda de consciência do doente; verificação do óbito; declaração final do médico assistente e envio do processo clínico à Comissão de Controlo;

- sobre a Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei – que, para além de competências de acompanhamento da aplicação da lei, emite parecer sobre o cumprimento dos requisitos (como supra referido) e cuja composição, mandato e funcionamento são regulados;
- sobre os direitos e deveres dos profissionais de saúde - definição dos profissionais qualificados; dever de sigilo profissional e exercício de objeção de consciência;
- a par da alteração dos artigos 134.º (Homicídio a pedido da vítima) e 135.º (Incitamento ou ajuda ao suicídio) do Código Penal, no sentido de prever como causa de exclusão da ilicitude o “*cumprimento de decisão sobre o pedido*”, tornando portanto não puníveis as condutas de homicídio a pedido ou de ajuda ao suicídio praticadas por profissionais de saúde naquelas ;
- bem como, a final, a determinação da regulamentação da Lei a aprovar até 180 dias após a sua publicação<sup>2</sup>, bem como do início de vigência da Lei a aprovar - 30 dias após a publicação.

Será útil recordar que, tal como melhor se identificará no ponto do enquadramento parlamentar da presente nota técnica, a matéria objeto da presente iniciativa foi objeto de prolongado debate na XIII Legislatura, em particular na Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, em [processo legislativo próprio](#) e 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

---

<sup>2</sup> Designadamente por imposição do n.º 5 do artigo 5.º e do n.º 5 do artigo 19.º da iniciativa.

promoveram audições, elementos instrutórios detalhados no [relatório final](#) da petição n.º 103/XIII e no [relatório final](#) da petição n.º 250/XIII, de que destacam as seguintes audições:

#### **Petição n.º 103/XIII/1.ª**

Professor Doutor Manuel Costa Andrade - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
Professor Doutor José Francisco de Faria Costa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
Professora Doutora Mafalda Miranda Barbosa - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	2016-07-12
Juiz Conselheiro Dr. José Adriano Machado Souto de Moura	2016-07-06
Professora Doutora Teresa Beleza - Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa	2016-07-06
Bastonária da Ordem dos Enfermeiros	2016-06-30
Bastonário da Ordem dos Médicos	2016-06-30
Professora Luísa Neto - Faculdade de Direito da Universidade do Porto	2016-06-29
Professor Jorge Reis Novais - Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa	2016-06-29
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida - CNECV	2016-06-23
Comissão Representativa do Movimento Cívico "Direito a morrer com dignidade"	2016-06-22

#### **Petição n.º 250/XIII/2.ª**

Dr. José Manuel de Paiva Jara (psiquiatra); Dr. João Oliveira (Médico); Dr. Ramon de La Féria (Médico-Cirurgião)	2018-02-09
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.	2018-02-08

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	
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
Audição da Diretora-Geral da Saúde	2017-12-06
Dr. António Cluny	2017-06-06
Ordem dos Advogados	2017-05-23
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida	2017-04-26
Federação Portuguesa pela Vida	2017-04-19

- **Enquadramento jurídico nacional**

A matéria objeto da iniciativa legislativa sob apreciação foi já objeto do [Projeto de Lei n.º 4/XIV/1.ª](#), apresentado pelo BE, sob o título “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 basicamente o que a respeito dele foi observado.

Assinale-se, em primeiro lugar, que a expressão “morte assistida” tem vindo a ser entendida como abrangendo a eutanásia ativa e o suicídio assistido, que constituem duas formas de antecipar a morte de um doente padecendo de doença incurável que lhe provoca sofrimento atroz.

Partindo da distinção entre as diferentes formas de eutanásia, explicada num estudo comparativo da DILP intitulado precisamente “[Eutanásia e Suicídio Assistido](#)”, 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](#)<sup>3,4</sup>

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

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

Penalistas como Manuel Lopes Maia Gonçalves<sup>5</sup> consideram que a eutanásia se inclui na previsão do artigo 133.º, sendo de assinalar a posição de autor do projeto inicial de Código Penal manifestada, a este respeito, na seguinte transcrição das atas da respetiva comissão revisora: “Em relação a esta” (a eutanásia ativa) “segue-se portanto uma solução intermédia: nem se pune como homicídio nem se deixa de punir. Aliás, este crime privilegiado tem também por função impedir que os tribunais deixem de punir a eutanásia ativa por meio de recurso ao princípio da não exigibilidade. Pretende-se a sua punição, mas só dentro dos limites do artigo.”

A distanásia – entende o mesmo penalista – não é punida 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

---

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

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

5 “Gonçalves, Manuel Lopes Maia - Código Penal Português: Anotado e Comentado e Legislação Complementar (18.ª edição). Coimbra: Almedina, 2007”.



interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia ativa (eutanásia passiva ou por omissão), assim como também é ética a aplicação de medicamentos destinados a aliviar a dor do paciente, ainda que possa ter, como efeito secundário, redução de tempo previsível de vida (eutanásia indireta ou eventual).

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

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

É de salientar que, não tendo embora Portugal descriminalizado a prática da eutanásia e do suicídio assistido em relação a pessoas em estado de doença terminal, já admite o testamento vital, que consiste na formulação em vida de um “documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e

autonomamente” ([Lei n.º 25/2012, de 16 de julho](#)<sup>6</sup>, e [Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio](#)<sup>7</sup>).<sup>8</sup>

Perante o disposto nas alíneas a) a c) do n.º 2 do artigo 2.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, sobre o conteúdo do testamento vital, afigura-se evidente que, no caso português, as diretivas antecipadas da vontade cobrem a ortotanásia, uma vez que a pessoa pode fazer constar daquele documento a sua vontade clara e inequívoca de não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais nem a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico, nomeadamente medidas de suporte básico de vida e de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte, e de receber os cuidados paliativos adequados.

Além disso, o utente dos serviços tem direito a consentir ou recusar a prestação de cuidados de saúde, a que corresponde, naturalmente, o correlativo dever de respeitar tal vontade (artigo 3.º da [Lei n.º 15/2014, de 21 de março](#)<sup>9</sup>). 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](#)<sup>10</sup>, cujo artigo 103.º estabelece, sob a epígrafe “Dos direitos à vida e à qualidade de vida”, que o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume os deveres de,

---

6 “Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)”. Texto consolidado retirado do portal do Diário da República Eletrónico.

7 “Regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)”. Texto consolidado retirado do portal do Diário da República Eletrónico.

8 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.

9 “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.

<sup>10</sup> Consta de anexo da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (“Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais”), a qual modificou, republicando, o diploma original que aprovara o Estatuto.

entre outros, atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, protegendo e defendendo a vida humana em todas as circunstâncias, e participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida.

Estão ainda intimamente relacionados com a questão central sob análise os artigos 105.º e 108.º do mesmo Estatuto. O primeiro, relativo ao dever de informação a que o enfermeiro está obrigado, comete-lhe o encargo de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter. Já o segundo enumera os deveres de respeito que o enfermeiro deve ter no acompanhamento da pessoa em situação de fim de vida: 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; 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; e respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte. Por seu turno, o artigo 138.º do [Estatuto da Ordem dos Médicos](#)<sup>11</sup> prevê o direito destes profissionais de saúde à objeção de consciência e o seu [Regulamento de Deontologia Médica](#)<sup>12</sup> proíbe expressamente a eutanásia, o suicídio assistido e a distanásia, dando relevo, no respeito pela dignidade do doente no fim da vida, aos cuidados paliativos (artigos 65.º a 67.º, integrados no capítulo respeitante ao fim da vida).

Por sua vez, 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

---

<sup>11</sup> Versão atualizada e republicada em anexo à Lei n.º 117/2015, de 31 de agosto (“Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Médicos, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, revogando o Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de agosto”).

<sup>12</sup> 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.

é infração disciplinar [Base IV, alínea a), e Base XXXII], criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e integrando na RNCP as unidades e equipas criadas no âmbito do [Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho](#), que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Base XXXIV)<sup>13</sup>.

Importa ainda, a propósito desta iniciativa, fazer referência ao regime legal da verificação da morte e certificação do óbito, que consta da [Lei n.º 141/99, de 28 de agosto](#), que estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte, e da [Lei n.º 12/2012, de 3 de abril](#), que institui o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO).

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.

## **II. Enquadramento parlamentar**

### **• Iniciativas pendentes (iniciativas legislativas e petições)**

Consultada a base de dados da Atividade Parlamentar (AP), verificou-se não se encontrar em apreciação nenhuma petição sobre a matéria objeto da presente iniciativa, encontrando-se, porém, pendentes as seguintes iniciativas legislativas sobre a matéria em apreço:

- Projeto de Lei n.º 4/XIV (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](#)

---

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

- 
- Projeto de Lei n.º 104/XIV (PS) - [Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível](#)

- **Antecedentes parlamentares (iniciativas legislativas e petições)**

Efetuada consulta à base de dados da Atividade Parlamentar (AP), verifica-se que, na XIII Legislatura, foram debatidas e votadas as seguintes iniciativas legislativas sobre a matéria objeto da presente iniciativa:

- [Projeto de Lei n.º 418/XIII \(PAN\) – Regula o acesso à morte medicamente assistida](#)
- [Projeto de Lei n.º 773/XIII \(BE\) - Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível](#)
- [Projeto de Lei n.º 832/XIII \(PS\) - Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível](#)
- [Projeto de Lei n.º 838/XIII \(PEV\) - Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível](#)

As iniciativas elencadas, que mereceram discussão conjunta, foram rejeitadas na generalidade na sessão plenária de 29 de maio de 2018.

- **Petições**

Consultada a base de dados da Atividade Parlamentar (AP), verifica-se que foram apreciadas na XIII Legislatura as [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”, (reunindo um total de 8428 assinaturas) e a [Petição n.º 250/XIII/2.ª](#) – Toda a Vida tem Dignidade, de que foi primeira peticionante a Federação Portuguesa pela Vida e outros 14195 subscritores.

A Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da XIII Legislatura constituiu, para a apreciação de cada uma das petições, grupos de trabalho que realizaram audições e reuniram contributos escritos sobre a matéria, tendo em vista a aprovação dos respetivos relatórios finais, como se deixou assinalado na parte I da presente nota.

### **III. Apreciação dos requisitos formais**

A iniciativa é subscrita por quatro Deputados do Grupo Parlamentar do Partido Pessoas – Animais- Natureza (PAN), 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](#) (RAR), 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 RAR, 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 RAR.

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

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

Refira-se que, no Capítulo IV, a presente iniciativa prevê a criação de uma Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei com as competências descritas no artigo 23.º, constituída por cinco membros, nomeados nos termos previstos no artigo 24.º, Em caso de aprovação, para efeitos de especialidade, chama-se a atenção para que

a iniciativa deve determinar de forma clara como serão assegurados os possíveis encargos inerentes ao funcionamento desta Comissão, designadamente uma eventual remuneração dos seus membros.

De qualquer forma, deve ser tido em conta o disposto no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição, que veda aos Deputados e grupos parlamentares a apresentação de iniciativas que envolvam, no ano económico em curso, um aumento das despesas do Estado previstas no Orçamento (princípio igualmente consagrado no n.º 2 do artigo 120.º do Regimento e conhecido como “lei-travão”). Esta limitação, contudo, pode ser ultrapassada através de uma norma que preveja a produção de efeitos ou entrada em vigor da iniciativa com o Orçamento do Estado posterior à sua publicação.

Refira-se ainda que, ao alterar os artigos 134.º e 135.º do Código Penal, a iniciativa se insere na reserva relativa de competência legislativa da Assembleia da República, prevista na alínea c) do n.º 1 do artigo 165.º da Constituição, *Definição dos crimes, penas, medidas de segurança e respetivos pressupostos, bem como processo criminal.*

O projeto de lei em apreciação deu entrada a 12 de novembro de 2019. Foi admitido a 14 de novembro, data em que foi anunciado e baixou na generalidade à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.ª), com conexão à Comissão de Saúde (9.º) por despacho de S. Ex.ª o Presidente da Assembleia da República.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

O título da presente iniciativa legislativa - “Regula o acesso à morte medicamente assistida” - 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, *lei formulário*<sup>14</sup>, embora, em caso

---

<sup>14</sup> 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](#).

de aprovação, possa ser objeto de aperfeiçoamento, em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

Relativamente ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, constata-se que o mesmo sofreu já a quadragésima nona alteração, introduzida pela Lei n.º 102/2019, de 6 de setembro, constituindo a presente, em caso de aprovação, a sua quinquagésima alteração.

Por motivos de segurança jurídica, e tentando manter uma redação simples e concisa, parece-nos mais seguro e eficaz não colocar o número de ordem de alteração nem o elenco de diplomas que procederam a alterações quando a mesma incida sobre Códigos, “Leis Gerais”, “Regimes Gerais”, “Regimes Jurídicos” ou atos legislativos de estrutura semelhante.

Embora a exigência de tal indicação decorra do disposto no n.º 1 do artigo 6.º da lei formulário, há que ter em consideração que a mesma foi aprovada e publicada num contexto de ausência de um *Diário da República Eletrónico*, sendo que, neste momento, o mesmo é acessível universal e gratuitamente.

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 36.º da iniciativa estabelece que a mesma entrará em vigor 30 dias após a sua publicação, estando assim em conformidade com o previsto no n.º 1 do artigo 2.º da lei formulário, que estabelece que os atos legislativos “*entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início da vigência verificar-se no próprio dia da publicação*”.

A iniciativa define o que é a Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei no artigo 20.º, mas a referência à mesma aparece pela primeira vez no artigo 9.º da Lei a



aprovar, pelo que a organização sistemática é passível de melhoria, de forma a evitar-se remissões para artigos que ainda não foram mencionados no ato normativo<sup>15</sup>.

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

- **Regulamentação ou outras obrigações legais**

A iniciativa prevê, no seu artigo 35.º, que a lei deverá ser regulamentada no prazo máximo de 180 dias após a sua publicação.

#### **IV. Análise de direito comparado**

---

- **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” referido na parte I desta nota técnica. Trata-se de um estudo comparativo que colige dados, embora nalguns casos de forma telegráfica, relativos a 32 diferentes ordenamentos jurídicos.

Nesta nota técnica são apenas lembrados exemplos de três países europeus com orientações diferentes, já tratados no dossiê comparativo supramencionado: um proibindo a eutanásia ativa e a ajuda ao suicídio, mas com um processo legislativo recente tendente à sua legalização que não foi concluído devido ao término da legislatura; outro proibindo ambas as práticas; e um terceiro permitindo-as claramente, a ponto 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: Espanha, França e Holanda.

---

<sup>15</sup> Duarte, D., Sousa Pinheiro, A. *et al* (2002), *Legística*. Coimbra, Almedina, pág. 201.

## 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).<sup>16</sup>

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).

---

<sup>16</sup> Diz 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.”

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.<sup>17</sup>

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 impliquem riscos ou inconvenientes de notória e previsível repercussão negativa sobre a saúde do paciente (n.º 2 do artigo 8.º). Sendo o próprio paciente o titular do direito à informação sobre os seus registos e dossiês clínicos e à preservação da intimidade dos seus dados, os capítulos II e III da lei, compostos pelos artigos 4.º a 7.º, dedicam-se a regular tais matérias, deixando para os artigos 8.º a 13.º (Capítulo IV) a disciplina da autonomia da vontade do doente e para os artigos 14.º a 19.º (Capítulo V) as regras sobre a organização e o acesso às informações constantes da documentação clínica respetiva.<sup>18</sup>

À semelhança de outras legislações analisadas, também existe a possibilidade de formulação de testamento vital, no caso espanhol com a particularidade de o testador poder dispor sobre o destino do seu corpo e órgãos uma vez falecido.<sup>19</sup>

Sem prejuízo do que aqui é explicado sobre o ordenamento jurídico espanhol em vigor, o portal do Congresso dos Deputados dá-nos conta da apresentação de [três propostas](#)

---

<sup>17</sup> No texto original, lê-se o seguinte, relativamente ao conceito de “consentimento informado”: *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.”* Transcreve-se também a definição legal de “médico responsável”, que é a seguinte: *“el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.”*

<sup>18</sup> Para além da análise estrita do articulado da lei, servimo-nos ainda de respostas apresentadas pelo Parlamento espanhol no âmbito do Centro Europeu de Pesquisa e Documentação Parlamentar (CERDP).

<sup>19</sup> N.º 1 do artigo 11.º, segundo o qual, no texto original: *“Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo 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.”*

[legislativas](#) para regular a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. Duas dessas propostas caducaram e outra transitou para a próxima legislatura.

## FRANÇA

A eutanásia ativa não é autorizada, sendo expressamente proibido provocar deliberadamente a morte de alguém ([artigo R4127-38](#) do Código da Saúde Pública<sup>20</sup>). Não constituindo embora crime específico, é passível de sanções penais por homicídio ou envenenamento ([artigos 221-1 e 221-5 do Código Penal](#)).

O direito de morrer com dignidade não está consignado na Constituição, mas é mencionado no [Código da Saúde Pública](#), que sofreu alterações introduzidas pela [Lei n.º 2016-87, de 2 de fevereiro de 2016](#), quando faz referência à morte com dignidade e aos doentes em fim de vida ([artigo L1110-2](#)<sup>21</sup>). Neste diploma chama-se ainda a atenção para o direito inalienável aos cuidados paliativos ([artigo L 1110-10](#), segundo o qual os cuidados paliativos podem ser prestados em instituição ou ao domicílio e visam acalmar a dor, aliviar o sofrimento psíquico e salvaguardar a dignidade do paciente).

A eutanásia passiva, por sua vez, traduz-se na aplicação intencional, por vontade do doente, de um tratamento que possa ter um efeito secundário para diminuir a sua vida, na recusa deste de um tratamento em curso ou, por último, na não admissão pelo doente do prolongamento de uma terapêutica desadequada e inútil face à sua situação em concreto (a chamada obstinação terapêutica). Estas situações foram despenalizadas pela primeira vez através da Lei n.º 2005-370, de 22 de Abril de 2005, que ficou conhecida por “Lei Leonetti”, relativa aos direitos dos doentes em fim de vida. As normas que consagrou consubstanciaram-se em alterações ao Código da Saúde Pública, sendo de destacar os artigos [L1110-5](#) e [L1111-4](#). Instaurou o direito a “deixar morrer”, que favorece os tratamentos paliativos, ou seja, a administração de analgésicos e sedativos para diminuir o sofrimento do doente, que podem ter como efeito secundário o

<sup>20</sup> De acordo com o qual “*Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.*»

<sup>21</sup> “*La personne malade a droit au respect de sa dignité.*”

encurtamento da vida de um paciente em fase avançada ou terminal de uma doença grave e incurável.

Salienta-se ainda, neste quadro, o direito à objeção de consciência dos profissionais de saúde.

Também o suicídio assistido não é autorizado. Nos termos do [artigo 223-13 do Código Penal](#), a provocação do suicídio é punida com três anos de prisão e 45 mil euros de multa, sendo a pena agravada se a vítima for menor de 15 anos.

No entanto, é importante salientar que os tribunais são de uma maneira geral compreensivos e clementes em relação a esta matéria, sendo raras as condenações em prisão efetiva.

Está igualmente consagrado na lei francesa o direito às disposições antecipadas da vontade ou testamento vital, assim como o direito do doente de recusar o tratamento, tendo, no entanto, os médicos o dever de insistir na continuação do mesmo ([artigo L 1111-4 do Código da Saúde Pública](#)).

## HOLANDA

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

O regime desta lei foi estabelecido em articulação com as secções 293 (sobre o homicídio a pedido da vítima) e 294 (sobre o suicídio assistido) do [Código Penal](#) holandês, ficando estes adaptados em conformidade.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Na versão em inglês anexada, referem as secções 293 e 294, na nova redação introduzida por tal lei, o seguinte:

“Section 293

1 - Any person who terminates the life of another person at that other person's express and earnest request, shall be liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fine of the fifth category.

2 - The offence referred to in subsection (1) shall not be punishable, if it is committed by a medical doctor who meets the requirements of due care referred to in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act [Wet Toetsing Levensbeëindiging op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding] and who informs the municipal forensic pathologist in accordance with section 7(2) of the Burial and Cremation Act [Wet op de Lijkbezorging].

Section 294

1 - Any person who intentionally incites another person to commit suicide shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fine of the fourth category.

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

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

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

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

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

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

Se os pressupostos consignados na lei não forem cumpridos, o médico pode ser acusado da prática de um crime, a que se aplicam penas que vão até aos 12 anos de

---

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*.”

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 excepcionais definidas na lei<sup>23</sup>, de executar a eutanásia a recém-nascidos e, em situações de graves anomalias detetadas no feto, praticar o aborto no termo do período de gestação.

Por último, os cuidados paliativos devem ser prestados através de sedação, para mitigar ou diminuir o sofrimento em fim de vida e não para matar, sendo admissíveis 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/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.

## V. Consultas e contributos

---

- **Consultas obrigatórias e facultativas**

Em 15 de novembro de 2019, a Comissão promoveu a consulta escrita das seguintes entidades institucionais: Conselho Superior da Magistratura, Conselho Superior do Ministério Público, Ordem dos Advogados, Ordem dos Médicos, [Ordem dos Enfermeiros](#), Ordem dos Psicólogos Portugueses e Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

---

<sup>23</sup> Cujo texto pode ser verificado em <http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/Nether.abo.htm>.



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

## VI. Avaliação prévia de impacto

---

- **Avaliação sobre impacto de género**

O preenchimento, pelo proponente, da [ficha de avaliação prévia de impacto de género da presente iniciativa](#), em cumprimento do disposto na Lei n.º 4/2018, de 9 de fevereiro, devolve como resultado uma valoração neutra do impacto de género.

- **Linguagem não discriminatória**

Na elaboração dos atos normativos a especificação de género deve ser minimizada recorrendo-se, sempre que possível, a uma linguagem neutra ou inclusiva, mas sem colocar em causa a clareza do discurso.

Sem prejuízo de uma análise mais detalhada, na apreciação na especialidade ou na redação final, nesta fase do processo legislativo a redação do projeto de lei não nos suscita qualquer questão relacionada com a linguagem discriminatória em relação ao género.

## VII. Enquadramento bibliográfico

---

ARNAU MOYA, Federico - Muerte digna, eutanasia y suicido asistido en España [Em linha]. In **Saúde, novas tecnologias e responsabilidades**. Coimbra : Instituto Jurídico. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2019. Vol. 1, p. 241-252. [Consult. 15 nov. 2019]. Disponível na intranet da AR: <URL: <http://catalogobib.parlamento.pt:81/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=128575&img=14253&save=true>>ISBN978-989-8891-48.

Resumo: Neste artigo, o autor analisa a evolução do direito das pessoas a solicitar e receber ajuda para morrer em Espanha. Percorre a legislação espanhola nesta matéria desde a publicação do Código Penal de 1995. Numa fase posterior, que o autor classifica como intermédia, revelou-se uma aproximação do legislador ao reconhecimento da eutanásia através das denominadas leis autonómicas sobre cuidados paliativos e morte digna, que surgem como consequência das alterações sociais registadas na sociedade espanhola. Contudo, ainda não foi aprovada a proposta de lei que poderá vir a regulamentar a eutanásia e que está a ser debatida no Parlamento espanhol.

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

Resumo: Neste artigo são abordados os seguintes tópicos: a eutanásia; o sentido da liberdade; liberdade e juridicidade; a pessoa como ser de liberdade; a pessoa e os direitos de personalidade; o direito subjetivo; os direitos de personalidade ancorados na pessoa e não no indivíduo.

A autora considera que «a morte a pedido nunca deixará de consubstanciar um ato ilícito do ponto de vista do direito civil. O consentimento do ofendido não surge ali para limitar o direito, dentro do que os bons costumes ou a ordem pública autorizam, mas configura uma renúncia ao direito à vida. Ora, esta renúncia, porque corta a relação do eu com o tu, atenta diretamente contra a dignidade da pessoa.»

CAÑAMARES ARRIBAS, Santiago - La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna. **Revista Española de Derecho Constitucional**. A. 36, nº 108 (sept. – dic. 2016), p. 337-356. Cota: RE-343

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. Considera que «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]

GODINHO, Inês Fernandes – A morte assistida em Portugal. **Julgar**. Lisboa. ISSN 1646-6853. Nº 32 (maio-ago. 2017), p. 135-146. Cota: RP-257.

Resumo: Neste artigo, a autora discute a problemática da morte assistida em Portugal e da sua despenalização. Relativamente a esta temática, colocam-se duas questões: a do “se”, ou seja se deve existir uma intervenção legislativa no sentido de despenalizar a morte assistida; e a questão do “como”, ou seja, a partir do momento em que seja aceite que poderá existir a despenalização da morte assistida, quais são os requisitos e pressupostos que a sua regulamentação deve assumir.

LANTERO, Caroline – Euthanasie et suicide assisté. **Journal international de bioéthique**. Vol. 26, nº esp. (jul. 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.

**MORRER com dignidade a decisão de cada um : tudo o que deve saber sobre a morte assistida.** Lisboa : Contraponto, 2018. ISBN 978-989-666-182-3. Cota: 28.41 – 132/2018.

Resumo: Este livro, da autoria do movimento cívico Direito a Morrer com Dignidade e organizado pelo médico e político João Semedo, reúne testemunhos de diversas personalidades: nomeadamente: Aranda da Silva Daniel Bessa, Edite Estrela, Francisco George, Francisco Louçã, Francisco Pinto Balsemão, Júlio Machado Vaz, Maria Filomena Mónica, Mário Nogueira, Rogério Alves e Rui Rio. Apresenta ainda textos dos autores dos projetos de lei debatidos no Parlamento na última legislatura (Maria Antónia Almeida Santos, deputada do PS; José Manuel Pureza, deputado do BE; André Silva, deputado do PAN; Heloísa Apolónia e José Luís Ferreira, deputados do PEV). Discute-se a despenalização da morte assistida em Portugal e as questões fundamentais com ela relacionadas e defende-se que «cada pessoa deve poder decidir sobre os últimos momentos da sua vida: continuar a sofrer ou acabar com esse martírio. Seguindo-se este enquadramento profundamente democrático, ninguém é obrigado e ninguém é impedido, o único critério é a escolha de cada um».

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».