



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

EUTANÁSIA

Maria Cláudia Janeiro de Carvalho

Mestrado em Direito

Faculdade de Direito | Escola do Porto

2022



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

EUTANÁSIA

Maria Cláudia Janeiro de Carvalho

Orientadora: Maria Elisabete da Costa Ferreira

Mestrado em Direito

Faculdade de Direito | Escola do Porto

2022

“Está na sua natureza, sem jamais abdicar daquilo que a dogmática solidificou, ir mais além: abrindo novas vias de reflexão; descobrindo sinais de novos sentidos, a partir dos dados do actual direito positivo; afirmando sempre, contudo, uma dose de ponderação, de equilíbrio e de adequação à realidade. (...) deve ter a humildade, a humildade racionalmente ancorada, de saber que o seu papel social não é o de querer transformar o mundo mas antes o de querer tornar humanamente vivível.”

(COSTA, José de Faria – «O fim da vida e o Direito Penal». In *Liber Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias*. Coimbra: Coimbra Ed., 2003. p.800)

RESUMO

A eutanásia continua a dividir opiniões, não sendo nada consensual. Uns priorizam o direito de dispor da vida, outros consideram-na contra os valores da comunidade, cabendo a decisão à mãe natureza. Procuramos questionar os limites do ser humano em relação à sua própria vida. Saber se há possibilidade dessa abertura na nossa ordem jurídica. Se esta prática é possível de ser aceite segundo o exposto na nossa Lei fundamental. Não se pretende que os que são contra ela se tornem a favor, mas no mínimo questionar essa hipótese. Devemos partir do ponto zero, sem qualquer influência cultural, política, ética e moral. Pode não ser uma opção para nós, mas podemos reconsiderar que pode ser para outros. Está em causa conceder uma opção e não impor uma obrigação.

Palavras-chave: eutanásia; morte; vida; pedido; sofrimento; dor; abertura; punível; direito; ética; moral; sociedade; autodeterminação;

ABSTRACT

Euthanasia continues to divide opinions, not being consensual. Some prioritize the right to dispose of life, others consider it against the values of the community, leaving the decision to mother nature. We seek to question the limits of the human being in relation to his own life. To know if there is a possibility of this opening in our legal system. Whether this practice is possible to be accepted according to the provisions of our Fundamental Law. It is not intended that those who are against it become in favor, but at least to question this hypothesis. We must start from zero, without any cultural, political, ethical and moral influence. It might not be an option for us, but we can reconsider that it might be for others. It is about granting an option and not imposing an obligation.

Keywords: euthanasia; death; life; request; Suffering; pain; opening; punishable; right; ethic; moral; society; self-determination;

Índice

1. Introdução	10
2. Contextualização	11
3. Eutanásia e as suas diferentes aceções	13
3.1. Eutanásia passiva	13
3.2. Eutanásia ativa indireta,distanásia e o suicídio assistido	15
4. Eutanásia ativa direta e o artigo 134º do CP	16
4.1. Argumentos mais relevantes	19
A) Autodeterminação	19
B) Vida humana	20
C) Dignidade	21
D) Elegibilidade.....	21
E) Envolvimento de um terceiro – o profissional de saúde: é um ato médico?	22
F) Rampa escorregadia.....	23
G) Cuidados paliativos	24
H) Contexto	24
4.2. Construção de FARIA COSTA	24
5. A Eutanásia no Direito Internacional	26
5.1. Holanda	26
5.2. Bélgica	27
5.3. Luxemburgo.....	27
5.4. Espanha	28

6. A situação em Portugal	29
6.1. O Decreto n.º109/XIV	29
6.2. Os fundamentos da inconstitucionalidade das normas apresentado pelo Presidente da República	31
6.3. Fundamentação do TC	31
6.4. As alterações introduzidas no decreto e a pronúncia do PR sobre as alterações efetuadas	35
7. Conclusão	37
Bibliografia	38

ABREVIATURAS MAIS USADAS

Al.	-Alínea
AR	- Assembleia da República
Art.	- Artigo
CDOM	- Código Deontológico da Ordem dos Médicos
CNECV	- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CNEDM	- Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica
CP	- Código Penal
CRP	- Constituição da República Portuguesa
DAV	- Diretivas Antecipadas da Vontade
Ed.	- Edição
<i>Ibidem</i>	- O mesmo autor e obra
In	- Em
ONG	- Organização Não Governamental
p.	- Página
pp.	- Páginas
PR	-Presidente da República
ss	-Seguintes
TC	-Tribunal Constitucional
TEDH	-Tribunal Europeu dos Direitos Humanos

1. INTRODUÇÃO

Numa era onde a vida é prolongada em demasia, a eutanásia tem sido tema de muitos debates.

Nesta dissertação, o ponto central é a eutanásia ativa direta, ou seja, em que um terceiro provoca diretamente a morte a outro, por pedido deste, que está num cruel sofrimento. Mostra-se relevante a distinção desta com outras realidades, pois ainda se assiste a uma grande confusão do significado de cada uma. Iremos expor os argumentos de quem perfilha de uma opinião favorável à prática e também os de quem não concorda com a mesma, partilhando alguns argumentos mais usados para fundamentar as opiniões. Saber e compreender que outros ordenamentos jurídicos a praticam e não a punem em certas condições é fundamental para o estudo. O que funciona ou não e o que precisa de ser melhorado. Por fim, é necessário perceber como está a situação em Portugal. Qual o caminho que foi percorrido e o que ainda falta. Assim, iremos abordar o decreto apresentado que tinha como fim a não punibilidade da morte medicamente assistida, as críticas do PR e a fundamentação do TC. Também analisaremos as alterações feitas ao decreto e as críticas ao mesmo.

Com o estudo pretendemos levar a uma reflexão. Colocar na “balança” as vantagens e desvantagens da sua admissibilidade. É uma temática que não é, nem pode ser estritamente jurídica. Envolve uma sociedade. Envolve valores fundamentais. É a vida e a morte que está em jogo. Não se pode voltar atrás com a decisão – é definitiva e irreversível. O respeito mútuo entre as diferentes opiniões é essencial. Nunca se alcançará uma unanimidade.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

No centro da atualidade, um dos temas em discussão é o da punibilidade ou não da prática de eutanásia. Hoje, falar sobre a morte ainda é um tabu. Algo que incomoda. Como FARIA COSTA afirma “somos (...) irredutivelmente seres de vida”¹, mas também “... somos seres para a morte”².

*Só gostamos de a discutir por aquilo que ela provoca. Tudo o que está antes dos feitos, das consequências sociais e jurídicas da morte mas que se não confunde com as suas causas (...) é merecedor tão-só de reflexões poéticas, de projeções, convicções ou de sentimentos religiosos.*³

Com o aumento da esperança média de vida, novos desafios surgiram. É necessário o Direito se adaptar. Os progressos da ciência médica permitiram o prolongamento da vida até patamares que outrora jamais acreditávamos ser possíveis. A certeza é uma: por mais que evolua a medicina, a morte fará parte de nós. Somos seres finitos. Se a realidade sofreu alterações, talvez seja necessário repensar o sentido e conteúdo do bem jurídico vida.

Antes morria-se em casa junto dos familiares. Hoje, cada vez mais se morre nos hospitais, sozinhos, numa cruel solidão. Por mais que sejam acompanhados por médicos e enfermeiros, estes não tem disponibilidade para darem a atenção necessária a doentes. Concorde-se ou não com a sua prática, a verdade é que a eutanásia existe.⁴

A forma como se vê a vida e a morte é sucessivamente alterada. As leis não podem mudar mentalidades, mas podem influenciá-las. A abordagem deste tema mistura argumentos jurídicos, ideológicos, morais e éticos. Morrer passou a ser um facto complexo. É o limite do conhecimento da ciência médica. O critério para a sua definição é o da cessação irreversível das funções do tronco cerebral.⁵ Nem sempre foi este o critério escolhido⁶ e mesmo hoje não há unanimidade sobre o mesmo. A favor desta escolha afirmam que representa o fim do indivíduo, não tendo este a partir desse momento qualquer consciência e, conseqüentemente, autonomia. Contrariamente, defendem que a análise do critério não se pode confundir com a ideia de pessoa. O fim não pode coincidir com a mera perda de consciência, porque se assim fosse os doentes em estado vegetativo persistente eram considerados mortos.⁷ Outros ainda referem que a escolha deste critério contribui para uma facilitação dos transplantes.

Fim da vida implica fim da proteção jurídico-penal do bem, passando-se a tutelar o cadáver. Enquanto no início da vida há diferenciação⁸, no fim da vida não se faz.⁹ Para as ciências sociais, vida significa estar vivo. Para o Direito isto é insuficiente. Se assim fosse, todas as formas de vida teriam idêntica proteção. Não podem existir diferenciações qualitativas entre vidas, pois assim havia vidas dignas e indignas. Todas tem a mesma dignidade. Há vida, em termos biológico-sociológicos desde a concepção, mas em termos

¹ COSTA, (2003), p. 764.

² *Ibidem*, p.760.

³ *Ibidem*, pp. 761-762.

⁴ Em outros países em que a mesma é legalizada, mas também dentro do leque dos diferentes tipos, alguns são admissíveis pela generalidade.

⁵ Art. 2.º da Lei n.º141/99, 28 de agosto. Revelante no âmbito dos crimes contra a vida e dos transplantes e colheitas de órgãos e tecidos.

⁶ Anteriormente, o critério da morte era cardiorrespiratório.

⁷ Neste sentido GODINHO, (2015), p.161. Também GODINHO, (2010), pp. 359 e ss.

⁸ Faz-se distinção entre a vida intrauterina e vida de pessoa já nascida.

⁹ Não existe um bem jurídico entre a vida e o cadáver.

jurídico-penais só a partir da nidação. O Direito Penal não protege toda a vida humana¹⁰, nem no mesmo grau¹¹.

O termo *eutanásia* é proveniente do grego e resulta da junção das palavras *eu* (bem) e *thanatos* (morte), ou seja, uma “boa morte” ou “morte suave”.

Contrariamente a FARIA COSTA, FIGUEIREDO DIAS opta pelo termo “ajuda à morte”¹² em vez de “eutanásia”, definindo como “o auxílio prestado, de acordo com a sua vontade, real ou presumida, a uma pessoa severa e irrecuperavelmente enferma, frequentemente e, insuportável sofrimento, no sentido de lhe permitir uma morte em condições que o enfermo reputa, ou há razões para presumir que repete, humanamente dignas.”¹³ Distingue ajuda à morte em sentido estrito de ajuda à morte em sentido amplo. Na primeira, o processo de morte já se iniciou e está próxima. Já em sentido amplo, o enfermo pode ainda viver mas manifesta a sua vontade, ou esta é de presumir, de pôr fim a uma vida que, por força da doença e sofrimento, lhe parece como insuportável. Exclui do conceito situações de “aniquilamento de vidas que não vale a pena serem vividas”, o programa de “eutanásia” levado a cabo pelo Estado Alemão Nazi e atos com finalidade eugénica, afirmando que nada se relacionam com a prática em estudo, sendo crimes de homicídio doloso. Além disso, todas as atuações de alívio da dor e sofrimento de doente incurável não são abrangidas pois não são determinantes para o encurtamento da vida. Expõe as suas razões sobre opção pela expressão “ajuda à morte”. Em primeiro lugar, afirma que a finalidade da ajuda é de contribuir para a morte segundo uma vontade real ou presumida. Além disso, a expressão “eutanásia” está associada às atrocidades levadas a cabo pelos Nazis, que usaram-na incorretamente para definir as suas práticas. Por último, evita-se, assim, distinguir dentro das diversas aceções de eutanásia aquelas que são ou não permitidas. FIGUEIREDO DIAS ainda numa perspetiva jurídico-penal faz distinção de três formas de ajuda à morte: ajuda à morte ativa direta¹⁴, ajuda à morte ativa indireta¹⁵ e ajuda à morte passiva¹⁶.

Já FARIA COSTA distingue dois grandes tipos de eutanásia: a passiva e a ativa. Exclui a eutanásia indireta pois considera que não é mais que uma aceitação de um comportamento.

Nos projetos de lei que culminaram na aprovação do decreto levado à apreciação pelo TC, a expressão “eutanásia” só é utilizada em dois¹⁷ dos cinco apresentados. Revela o tabu associado ao uso do termo.

Nesta temática o contributo dos diversos pareceres relacionados com questões do fim da vida, inquéritos e a promoção de debates, sobretudo os levado a cabo pelo CNECV revelam-se de extrema importância. Existe uma manifesta falta de informação na sociedade sobre esta temática. Há uma confusão do que se enquadra ou não na eutanásia. Do que é permitido ou não pelo ordenamento jurídico. Por estes motivos, é urgente

¹⁰ Não protege entre a fecundação até à nidação.

¹¹ Desde a nidação até ao início de trabalho de parto nos arts. 140.º a 142.º do CP. A partir daí até à morte no capítulo dos crimes contra a vida, arts. 131.º a 139.º do CP.

¹² Em sentido oposto INÊS GODINHO, (2015), pp. 259-261 considera desnecessário, não tendo qualquer utilidade nem fundamento. Afirma que facilmente se distingue de outras práticas como do homicídio e ajuda ao suicídio.

¹³ DIAS, (2012). p.19.

¹⁴ Por meio de comportamento ativo.

¹⁵ Quando é provável que medicação administrada para atenuar dores pode consequentemente e de forma não intencional apressar o momento de ocorrência da morte.

¹⁶ Omissão ou interrupção do tratamento determina um encurtamento da vida.

¹⁷ O projeto de Lei n.º 67/XIV/1ª apresentado pelo PAN e o projeto de Lei n.º104/XIV/1ª do Partido Socialista. Os restantes optaram por expressões “antecipação da morte” ou “morte medicamente assistida”.

explicar e debater sobre esta prática para que seja possível cada um ter uma opinião devida e corretamente formada.

O sentido com que as legislações se orientam é fortemente influenciado por fatores de diversa natureza. Em geral, a despenalização da eutanásia é exceção, continuado a conduta tipificada como crime na maior parte dos países. Alguns tratam a sua prática como homicídio privilegiado, outros como homicídio simples e outros como um tipo legal de crime autónomo. Nuns a prática judicial pauta-se pela rigidez na aplicação da lei criminal, mas noutros, os “ventos da mudança” têm levado os tribunais a admitir alguma benevolência face às circunstâncias do caso concreto.

Nos crimes contra a vida o que se protege é a vida de outra pessoa. Por isso o suicídio não é punido pelo nosso ordenamento. É um ato atípico. Contrariamente ao Direito Constitucional, o Direito Penal valora hierarquicamente os bens jurídicos que quer proteger. Verifica-se, pela abertura da parte especial do CP pelos crimes contra a vida, que o bem jurídico-penal mais fortemente protegido é o da vida humana.¹⁸

Será condenável libertar uma pessoa de um sofrimento irremediável? Não será maior maldade mantê-la viva? O que é ter qualidade de vida? Questão de difícil resposta porque nos encontramos no âmbito da subjetividade.¹⁹

3. EUTANÁSIA E AS SUAS DIFERENTES ACEÇÕES

Antes de avançarmos, é de extrema importância distinguir a eutanásia ativa direta (a eutanásia alvo de estudo) de outras práticas. O termo “eutanásia” é usado para designar condutas totalmente diversificadas, sendo necessário clarificar o conceito para evitar confusões. Também demonstra relevo a sua distinção com o suicídio assistido e outras realidades associadas. Não há consenso sobre que tipos de eutanásia existem. Uns elencam uma lista longa. Outros dão apenas relevo a algumas, desconsiderando as restantes. Iremos apenas abordar as que suscitam mais problemas. O legislador deveria aperfeiçoar as disposições existentes para lhes dar maior determinabilidade. Assim, seria possível identificar situações de eutanásia que não seriam puníveis por serem condutas atípicas ou justificadas. Consequentemente, os médicos conseguiriam retirar critérios firmes e claros para pautar a sua conduta.

As várias aceções são objeto de discussão doutrinal, mas não tem correspondência direta no Código Penal. Contudo, encontram-se reflexos.

3.1. EUTANÁSIA PASSIVA

Consiste na “**não realização de um tratamento** ou a sua **interrupção**”²⁰, quando tal se traduza num encurtamento do tempo de vida que ao paciente poderia ser artificialmente

¹⁸ COSTA, (2003), p.767.

¹⁹ Contudo, há padrões objetivos que permitem ajuizar sobre essa qualidade como a diminuição para patamares mínimos de algumas funções vitais; a existência de um estado de dor que só pode ser diminuída mediante a toma de analgésicos; degradação da mente, entre outros. Para a ciência médica, a capacidade de comunicar com os outros como fator relevante para aferir essa qualidade. Na verdade, o que releva é o que cada pessoa entende como qualidade. O limiar suportável de dor varia, mas há sempre um limiar fisiológico máximo. O ponto de referência é o padrão homem-médio, ou seja, o que é considerado dor insuportável para uma pessoa comum. COSTA, (2003), pp. 773-774.

²⁰ Sublinhado do autor.

concedido”.²¹ Tem vindo a ser aceite de forma generalizada a sua prática²². FIGUEIREDO DIAS afirma que não há razão para distinguir o não iniciar intervenção da sua interrupção, atribuindo igual valor à vontade real e presumida. Dentro desta prática, o autor distingue algumas hipóteses.

Em primeiro lugar, no caso de paciente recusar tratamento, esta vontade deve ser respeitada. Caso contrário, o médico comete o crime previsto no art.156.º do CP. Há consenso doutrinal e jurisprudencial que não é uma omissão típica do crime de homicídio. Surgem dificuldades relativas ao facto - desligar a máquina, é uma omissão ou ação. FIGUEIREDO DIAS defende que se a conduta for levada a cabo pelo médico ou garante é uma omissão.²³ No mesmo sentido CONCEIÇÃO CUNHA²⁴, excetuando situações contra a vontade do doente. Já TERESA QUINTELA DE BRITO considera uma ação, seja quem for o autor em causa. Afirma que não se limita a não reanimar, interrompe processo. Segundo a autora, a ação só será justificada se tal máquina for necessária para salvar outro paciente com prognóstico mais favorável. Caso contrário, é um homicídio por ação.²⁵ Outra questão que se coloca é saber em relação ao paciente que tentou o suicídio, se a decisão deste deve ser respeitada ou não. FIGUEIREDO DIAS entende que deve, exceto se o ato suicida foi causa de um transtorno psíquico do agente.

Outra hipótese é a chamada eutanásia precoce. Consiste na “omissão de tratamento de recém-nascidos gravemente deformados e que jamais alcançaram a consciência ou que padecem de um sofrimento incontável e irreversível”.²⁶ Nestes casos não vale a vontade presumida, só se aplicando a recém-nascidos que se encontram nestas condições. FIGUEIREDO DIAS admite a possibilidade da sua prática²⁷. INÊS GODINHO defende que pode ser justificável de acordo com critérios objetivos²⁸, devendo a prática ser analisada caso a caso. A opinião dos progenitores não pode ser fator decisivo, mas deve ser considerada.²⁹

Por último, e talvez o caso que suscita mais discussão é a renúncia a medidas de prolongamento da vida quando o paciente não se encontra em condições de exprimir a sua vontade.³⁰ FIGUEIREDO DIAS defende que se forem doentes inconscientes ou em estado análogo cujo processo de morte já se iniciou, médico deve interromper medidas inúteis. Situação diferente é paciente incapaz de exprimir vontade mas pode ainda viver longos meses ou anos. Um exemplo é um paciente em estado vegetativo persistente. Não está morto porque não ocorreu a cessação irreversível das funções do tronco cerebral, mas também não está em estado terminal. A manutenção da vida depende da alimentação e hidratação artificial. Contudo, perdeu a consciência e a probabilidade de recuperar é quase

²¹ DIAS, (2012), p.22 (35).

²² Neste sentido GODINHO, (2015), p.244. Também o Parecer sobre os aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o fim de vida - 11/CNECV/95.

²³DIAS, (2012),p.23 (37). Em sentido semelhante GODINHO, (2015),p.189.CASAL, (2004), p.234.

²⁴ CONCEIÇÃO CUNHA, (2010), pp. 86-87 defende que o desligar a máquina a pedido nada se relaciona com a eutanásia ativa. Esta implica introduzir uma nova causa de morte.

²⁵ BRITO, (2007), pp.65-67.

²⁶ DIAS, (2012), p.28 (46).

²⁷ DIAS, (2012), p.29 (47). A maioria da doutrina admite mediante estado necessidade – ponderação de interesses, baseado na vontade dos progenitores.

²⁸ GODINHO, (2015), p.233.

²⁹ *Ibidem*, pp. 232-233.

CLÁUDIA CASAL, (2004), pp. 216-217 defende que os pais, os médicos ou outros não podem consentir em nome do recém-nascido. Dever médico mantém-se mesmo verificadas situações referidas.

³⁰ “verificamos que há, no âmbito das intervenções médicas, como que uma “inversão” das regras do consentimento presumido (...). Está em causa, assim, a ideia de “benefício terapêutico” e o princípio “in dubio pro vita”, só se impondo a abstenção médica face a indícios seguros de que o consentimento era recusado.” CUNHA, (2010),pp. 103-104.

nenhuma. O córtex cerebral entrou em colapso, mas a função do tronco cerebral está preservada. Não há consenso³¹. Uns defendem a continuação dos cuidados médicos até ao permitido pelas possibilidades técnicas.³² Outros defendem a interrupção do tratamento na falta de razões para presumir que seria outra a vontade do doente,³³ apresentando como fundamentos que a continuação dos tratamentos é que exige consentimento presumido, a tutela da vida não vale para uma conceção puramente biológica de vida e a presunção razoável nestes casos é a de não desejar continuar a viver.³⁴ FIGUEIREDO DIAS acredita no equilíbrio. Não se deve prolongar a vida indefinidamente em nome do princípio *in dubio pro vita*, nem interromper medidas em nome do princípio *in dubio contra vitam*. O determinante é procurar à vontade do doente se pudesse pronunciar-se sobre a situação. Ainda refere a importância das DAV³⁵. Estas deveriam orientar a atividade médica. Caso não existam, considerar as convicções religiosas e esperança de vida em função da idade. Depois de todo o processo, se ainda existirem dúvidas, decidir em função dos indícios mais fortes, sem fazer juízos de valor sobre se os mesmos são objetivamente fundados ou não.³⁶

Sobre o Estado Vegetativo Persistente é de referir ainda a proposta apresentada por FARIA COSTA. Na situação presente afirma que “pedaço do seu ser foi tocado, foi violado, foi *desintegrado* de maneira forte e sensível mas não de maneira tão forte que tivesse provocado aquilo que a própria ciência médica chama morte”.³⁷ Se não fosse a moderna ciência médica a pessoa estaria morta. Ultrapassa a estrita dimensão corpo-físico. É mais que um mera violação da integridade física. É necessário dar uma resposta adequada através da autonomização de um novo bem jurídico-penal: a integridade pessoal. As exigências da realidade reivindicam no mínimo uma reflexão sobre tal possibilidade. Uma autonomização revelava-se “de fundamento a um direito penal, mais denso, mais moderno, mais justo mas também definitivamente sempre liberal.”³⁸

3.2. EUTANÁSIA ATIVA INDIRETA, DISTANÁSIA E O SUICÍDIO ASSISTIDO

³¹ Parecer sobre o estado vegetativo persistente – 45/CNECV/05. Não podem ser aplicadas soluções uniformes, impondo-se uma avaliação caso a caso.

³² COSTA ANDRADE, (2004), p.146 e ss não concorda que o consentimento presumido sirva de justificação para a interrupção do tratamento de uma pessoa em estado vegetativo persistente. – “(...) na situação em causa, a paciente tinha perdido irreversivelmente a autonomia. (...) como pode invocar-se o consentimento presumido, que sempre apela para a autonomia da pessoa, quando já não pode falar-se de autonomia?”. ANDRADE, (2004),p.147.

³³ Neste sentido GODINHO, (2015), p. 139. Também CASAL, (2004), p.219.

³⁴ DIAS, (2012), p.26 (42).

³⁵ Art. 2.º da Lei n.º 25/2012 – “são o 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.”

PEREIRA,(2010), p. 59 defende que devem ser vinculativas. Afirma que a ordem jurídica deve assegurar o “*direito à diferença*”, criando mecanismos formais e materiais para que cada pessoa possa decidir de forma livre e informada. Em sentido semelhante GODINHO, (2015), pp. 135-137 afirma que só assim se respeita a autonomia do doente. O número 2 do art- 21.º do CDOM impõe o respeito pelas mesmas nos termos da Lei n.º 25/2012 de 16 julho que regula as mesmas.

³⁶ DIAS, (2012), p. 27 (44).

³⁷COSTA, (2004), p.189.

³⁸ *Ibidem*, p. 192.

Importa ainda assinalar outras realidades e conceitos que se encontram intimamente ligado ao tema. Uma delas é a **eutanásia ativa indireta**, em que intervenções médicas que se destinam a reduzir as dores do paciente, apresentam risco de provocar o encurtamento da sua vida. É aceite pela generalidade³⁹ que a sua prática é admissível se corresponder à vontade do paciente. A diferença com a eutanásia ativa direta é que não há intenção de acelerar a morte, é uma mera consequência. A finalidade é diminuir a dor através do tratamento. Na ativa direta a morte é certa. Aqui é uma hipótese. FIGUEIREDO DIAS afirma que é uma conduta atípica⁴⁰ do tipo legal de homicídio previsto no art. 131.º do CP e do homicídio a pedido previsto no art. 134.º do CP. A finalidade da atuação médica não cabe no fim e âmbito da proteção dos tipos legais referidos. Já FARIA COSTA não dá relevância pois considera que de uma verdadeira eutanásia não se trata. Defende que consiste só na aceitação de um comportamento.

Por sua vez, a **distanásia** ocorre quando um paciente é mantido vivo de forma artificial e desproporcional, através de tratamentos médicos de suporte de vida que retardam uma morte que se afigura inevitável. O art. 65.º do CDOM refere expressamente a sua proibição. Muitas das situações são devidas à pressão dos familiares que estão em negação, à desconsideração da vontade do paciente ou à angústia perante os insucessos terapêuticos.⁴¹

Distinto de eutanásia é o **suicídio assistido** em que um terceiro auxilia outra pessoa a cometer suicídio. A diferença para os casos de eutanásia ativa direta reside no facto de não ser o terceiro a provocar diretamente a morte de outra pessoa, auxilia apenas. Esta conduta é criminalizada em quase todos os Estados a nível mundial, embora existam ordenamentos que demonstrem uma maior tolerância. No ordenamento português é punível nos termos do art. 135.º do CP.

4. EUTANÁSIA ATIVA DIRETA E O ARTIGO 134.º DO CP

Em Portugal está prevista no art. 134.º do CP.⁴² INÊS GODINHO defende que o homicídio a pedido não se confunde com a eutanásia ativa direta. O art.134.º tem um âmbito de aplicação mais vasto.⁴³ Por exemplo, não refere a qualidade do agente, é indiferente ser médico ou outro.

O legislador entendeu que em certas situações deveria existir menor censura penal. Revela que a vida não é sempre punida com a mesma intensidade. Os arts. 134.º e 135.º do CP mostram que o programa político-legislativo já tinha em mente a problemática em causa. A ajuda ao suicídio tem a mesma moldura penal abstrata que o homicídio a pedido.

³⁹ Contudo, não há consenso quantos aos fundamentos, limites e a proximidade da morte.

⁴⁰ DIAS, (2012), pp. 31 - 32 (52). Em sentido semelhante, ANDRADE, (2012), p. 117 (40) afirma que para não ser punível tem de ser realizada por médico de acordo com a *leges artis*. Ainda se exige o consentimento. Contudo, mesmo verificados estes pressupostos a punibilidade mantém-se quando existir uma intenção de matar e não apenas de minorar sofrimento. Ou seja, os dois autores defendem a mesma doutrina, mas cujo fundamento difere. Para COSTA ANDRADE decorre do percurso normal da prática médica. Contrariamente, há autores que defendem que a prática não seria punida com fundamento na justificação: combinação entre o Direito de necessidade e consentimento. Pondera-se entre o dever de manutenção da vida e o dever de diminuição de dor. BRITO, (2007), pp.49-53 funda a admissibilidade no conflito de deveres do art. 36.º CP.

⁴¹ SANTOS, (2008),pp. 256-257.

⁴² CLÁUDIA CASAL, (2004), pp. 231-232 defende subsumir a conduta nos termos do art. 133.º do CP quando não existe pedido por parte do doente. Na verdade, pela conduta exige-se que esse pedido exista.

⁴³ GODINHO, (2015), p.376. Em sentido semelhante CUNHA,(2017), p.84 e p.97. Igualmente SANTOS, (2015),p.36.

Tem o mesmo desvalor. Há quem entenda que as duas condutas tem a mesma identidade, e assim poderiam ser contempladas por uma só norma incriminadora. FÁRIA COSTA defende que apesar do desvalor idêntico, a forma e maneira como se atinge esse desvalor de resultado são realidades distintas.⁴⁴ A diferença entre o 134.º e 135.º do CP é que este último inclui uma agravante no seu número dois. A ausência de agravante no 134.º não permite uma solução intermédia entre o tipo privilegiado e tipo qualificado. Perante a prática de um homicídio a pedido por menor ou se aplica o 134.º ou o 132.º.

A proteção do bem jurídico tutelado pela norma não pode ser pensado de forma estática face aos desenvolvimentos da medicina no fim da vida. O princípio da proteção absoluta da vida não determina que haja uma tutela máxima, mas revela o caráter fragmentário do Direito penal. INÊS GODINHO defende como fundamento do art. 134.º - o interesse geral de manutenção do tabu de ofensa à vida.⁴⁵ Outros defendem que cumpre a função de proteção da paz social. Já outros defendem que esta incriminação assenta na proteção da vítima. Há uma diversidade de posições⁴⁶, de acordo com o fundamento escolhido, que determina qual o bem jurídico tutelado. Se adotarmos a posição da autora referida é a vida de outra pessoa o bem que está em causa.⁴⁷ A ordem sistemática da incriminação também aponta neste sentido. A menor censura é justificada pelo consentimento da vítima. Demonstra o papel relevante que este assume na nossa ordem jurídica. O consentimento exigido nos termos gerais⁴⁸ difere do preceito em causa. O pedido tem de ser sério, instantâneo e expresso. Tem que possuir capacidade para consentir. Assim, menores e doentes psíquicos não podem formular esse pedido. Além disso, o agente tem de ser determinado pelo pedido.⁴⁹ Por último, tem de ser expresso e inequívoco, não restar dúvidas. Não precisa de ser escrito. Questiona-se a natureza deste pedido – é um consentimento qualificado ou uma realidade diferente do consentimento? Segundo INÊS GODINHO⁵⁰, o pedido é um consentimento qualificado mas em sentido estrito de a sua eficácia depender da verificação dos pressupostos do consentimento acrescido de requisitos próprios do pedido. O pedido do art. 134.º não exige um motivo específico para a sua aplicação, e conseqüentemente, atenuação da moldura penal. Assim, tanto mate a pedido de pessoa que está em sofrimento cruel ou a sofrer um desgosto amoroso, a norma será aplicada. O direito penal protege as duas vidas com a mesma intensidade. INÊS GODINHO defende que artigo não deve ser eliminado pois cumpre a função de proteção da vida. Exige que o importante é fazer distinção em relação a casos de eutanásia no contexto médico. Assim, mantendo as incriminações para casos que não se integram em lei específica. Só assim é possível uma certeza e segurança jurídica mínima.⁵¹

A eutanásia ativa direta consiste numa ação praticada por uma pessoa, destinada a provocar diretamente a morte de outra, em sofrimento, a seu pedido. Encontra-se criminalizada em quase todos os ordenamentos jurídicos. Há uma diversidade de posições e argumentos apresentados sobre esta prática.

Contra a conduta, afirmam que levaria a um enfraquecimento geral da proibição do homicídio⁵². A sua admissibilidade colocaria em perigo os grupos vulneráveis como

⁴⁴ COSTA, (2003), p. 790.

⁴⁵ GODINHO, (2015). pp.349 – 350.

⁴⁶ *Ibidem*, pp. 321-349.

⁴⁷ *Ibidem*, p.350.

⁴⁸ Art. 38.º do CP.

⁴⁹ No consentimento não se exige isso.

⁵⁰ GODINHO, (2015), pp.355-357.

⁵¹ *Ibidem*, pp.370 – 372.

⁵² CASAL, (2004), p.173.

pessoas de idade dependentes, pobres e minorias desfavorecidas.⁵³ Qualquer despenalização seria perigosa. Não era isenta de erros de diagnóstico ou prognóstico. Além disso, os médicos poderiam envolver-se emocionalmente ou familiares terem interesses egoístas na morte da pessoa. Haveria uma perda de confiança nos profissionais de saúde. A conduta é contra o progresso científico.⁵⁴

A favor da prática afirmam que seria contraditório os pacientes poderem recusar tratamentos e não lhes permitir o direito a morrer.⁵⁵ Legalizar a conduta seria a melhor forma de salvaguardar a posição dos médicos, a vontade do doente e abusos. Consideram ser um mal necessário. Seria dada aos doentes a possibilidade de não terem de atravessar um longo e indesejado processo de morte. A ordem jurídica não pode ficar indiferente a situações de profundo sofrimento. Não tem sentido continuar a punir quando o mesmo não se faz relativamente à eutanásia passiva e indireta.⁵⁶

Há quem questione a possibilidade de uma redução significativa da proteção da norma que incrimina o homicídio a pedido, fundamentando a mesma pela qualidade de motivos do ato, a existência de um estado de necessidade justificante ou a institucionalização legal de um morte alheia regulada. FIGUEIREDO DIAS tem reservas sobre os caminhos referidos, achando que levaria ao desmoronamento de todo o homicídio real ou supostamente misericordioso por mais limitada que fosse a sua prática.⁵⁷ Outros vão mais longe e defendem a revogação da norma e descriminalização.⁵⁸ A maioria da doutrina, legisladores e tribunais defendem a sua relevância e continuidade. Nas suas opiniões, o contrário seria perigoso, colocaria demasiada pressão no doente e levaria a uma erosão do reconhecimento do valor e tutela da vida. COSTA ANDRADE afirma que os vícios de vontade, a dificuldade de prova e abusos dos limites fixados por lei, aliados ao avanço dos meios paliativos e a compreensão dos meios alternativos de ajuda à morte, permitiriam diminuir significativamente o número de casos subsumíveis ao homicídio a pedido, perdendo relevância e força as ideias da sua abertura à não punibilidade.⁵⁹

FARIA COSTA defende que se os atos definidos no art. 150.º do CP não são ofensas à integridade física, pois não preenchem o tipo legal do crime, não teria sentido fragmentar a unidade do ato médico. Assim, a eutanásia como ato médico nem sequer deveria preencher o tipo legal de homicídio.⁶⁰ Esta solução só teria sentido se considerarmos que atos de “deixar de viver” enquadram-se no ato médico.⁶¹ É um problema que não depende do estritamente jurídico. FIGUEIREDO DIAS concorda que seja ilícita a ajuda à morte ativa direta⁶², pois a conduta preenche o tipo de ilícito objetivo.

⁵³ Neste sentido SANTOS, (2009), p.333.

⁵⁴ BRITO, (2000), p.15.

⁵⁵ *Ibidem*, p.129.

⁵⁶ ANDRADE, (2012), p.103 (14).

⁵⁷ DIAS, (2012), p.33 (55).

⁵⁸ Defendido na transição do século XIX para o século XX, por autores como KESSLER, KLEE, ORTMANN, privilegiando as dimensões de domínio e interesse do respetivo titular. Voltaram a fazer-se ouvir iguais queixas a partir dos anos setenta do século XIX pelas vozes de SCHMITT, MARX, KAUFMANN, WEIGEND. ANDRADE, (2012), p.98 (8).

⁵⁹ *Ibidem*, p.104 (15 e 16).

⁶⁰ COSTA, (2003),p. 802.

⁶¹ Em sentido semelhante RUEFF, (2013), p. 190. Discorda de FARIA COSTA quanto ao facto de assentar todo o ato médico na autodeterminação do doente, em vez de recentrar no encontro das duas autonomias – a do médico e doente - “em situação de doença incurável, não atender ao pedido insistente de alívio do sofrimento, que é feito pelo doente ao médico, é não responder *humanamente* ao que é solicitado.” RUEFF, (2013), p. 201.

⁶² DIAS, (2012), pp.32-33 (54). Em sentido semelhante BRITO, (2007), p. 76 e ss.

Em situações-limite poderia dar lugar a dispensa de pena por via do estado de necessidade desculpante nos termos do número 2 do art.35.º do CP. MÁRIO MONTE entende que a eutanásia é carente de fundamentação. O 134.º do CP já mostra relaxamento na punição, sendo duvidosa a necessidade de alteração de regime.⁶³ O CNECV afirma que não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia que justifique a prática.⁶⁴ Leva a quebra de confiança nos médicos a sua admissibilidade. Deve-se, sim, investir nos apoios a cuidados paliativos, na investigação sobre tratamento da dor e no desenvolvimento da formação dos médicos. Não se encontra em códigos, convenções e até em legislação internacional nenhuma menção para permitir a prática de eutanásia. Na lei que regula sobre as DAV afirma que as mesmas não produzem efeitos se tiverem como resultado “deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos artigos 134.º e 135.º do Código Penal”.⁶⁵ Há princípios éticos que são os pilares da profissão médica, não podendo ser desrespeitados. A eutanásia e o suicídio assistido estão fora da medicina portuguesa. Segundo o CNEDM, não são, nem podem ser, atos médicos. Contra esta posição argumentam que o Código Deontológico poderia ser alterado e que uma lei votada na AR se sobrepõe ao mesmo.⁶⁶ O CNEDM defende que existir uma lei que permitisse a prática de eutanásia, iria contra o estabelecido no tipo legal de crime de propaganda do suicídio previsto no art. 139.º do CP, pois a sua legalização seria um fator de promoção.⁶⁷ INÊS GODINHO entende que não se podendo admitir um direito a morrer, defende uma liberdade de morrer.⁶⁸ Ninguém “estará obrigado a secundar tal pedido (...) apenas está obrigado a respeitar o direito alheio à eutanásia, não o impedindo”.⁶⁹ Não se defende a morte, mas a escolha da morte por quem a concebe como a melhor opção.

4.1. ARGUMENTOS MAIS RELEVANTES

Há uma diversidade de argumentos apresentados para a punibilidade ou não da prática de eutanásia de natureza ética, religiosa, jurídica, entre outros. Para a tomada de uma posição não basta o fundamento da mesma em um só argumento. É necessário a articulação de vários.

A) AUTODETERMINAÇÃO

O direito de dispor livremente da sua vida como manifestação de liberdade e autodeterminação é um dos argumentos mais defendidos a favor da eutanásia. Consiste no direito de cada um escolher o que considera melhor para si. Defendem que deve ser considerada mesmo que isso represente escolher terminar com a sua vida. Contudo, é necessário que a manifestação da autonomia resulte de uma decisão livre, voluntária e a pessoa padeça de doença terminal, irreversível, incurável e cujo tempo esteja quase no fim.⁷⁰

⁶³ MONTE, (2010), p. 338 e p.341.

⁶⁴ Parecer sobre os aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o fim de vida - 11/CNECV/95. Também o Parecer do CNEDM (2018).

⁶⁵ Art. 5.º da Lei n.º. 25 /2012, de 16 de julho.

⁶⁶ Parecer do CNEDM (2018).

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ GODINHO, (2015), p.376.

⁶⁹ CABRAL, (2014), p. 85.

⁷⁰ NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018), p.12.

Contra a eutanásia, argumenta-se que a autonomia tem limites, como os colocados pela segurança pública, o bem comum ou a proteção dos direitos e liberdades dos outros. Se a pessoa não pode vender o seu órgão, como pode dispor da sua vida? ⁷¹ Há quem considere que para se falar em liberdade individual sobre a vida ter-se-ia de conceder a mesma liberdade a todos. Só teria liberdade de escolher entre viver e morrer quem padecesse de doença com certas características. Afirmam que não é só uma questão de autodeterminação, pois há intervenção de terceiro. Não está em causa saber se o sujeito tem o direito, mas se temos o dever de, pois envolve o Estado.⁷²

A defesa de uma autonomia absoluta pode implicar um risco de uma anomia social? Como organizar a interação das várias autonomias em convivência na sociedade?⁷³

A autodeterminação manifesta-se através do consentimento que, segundo a doutrina maioritária, é uma causa de justificação. Todo ato médico necessita de consentimento. COSTA ANDRADE fundamenta ineficácia do consentimento de acordo com a diferenciação entre autolesão e heterolesão consentida. Esta última consiste numa interação complexa, tendo limites.⁷⁴

B) VIDA HUMANA

É a base de tudo. Está consagrada constitucionalmente no art. 24.º sendo inviolável. Esta expressão pode ser objeto de diversas interpretações. Uns consideram que impõe-se um dever de viver a qualquer custo. Outros consideram que significa que a mesma não pode ser violada, mas sê-lo-á pela natureza de viver, pois é exposta a agentes naturais.⁷⁵ Assim, respeitá-la consiste em permitir a intervenção médica de forma que não se perpetue essa violação. Outros ainda, admitem que faz parte do conjunto de direitos invioláveis a autonomia do sujeito para decidir sobre si mesmo. O texto desse preceito permanece inalterável desde a versão original de 1976.⁷⁶ A vida “mais do que um direito, liberdade e garantia, ele constitui *pressuposto fundante*⁷⁷ de todos os demais direitos fundamentais”.⁷⁸ Consiste no direito a não ser morto.⁷⁹ Consideram que não se pode extrair um dever de viver da inviolabilidade da vida, mas também não é consagrado um direito ao suicídio nem um direito a ser auxiliado por terceiros. Não há um dever de viver pois não se pune o suicídio.⁸⁰

A vida é um bem indisponível, mas não absoluto⁸¹, admite-se a legítima defesa e o suicídio, ou seja, em certos casos a sua violação não implica uma censura penal. Se o bem vida é pessoal, porque o titular não pode dispor dela? GOMES CANOTILHO entende que jurídico-constitucionalmente não existe um direito à eutanásia ativa, pois o respeito

⁷¹ MONTE, (2010), p. 318.

⁷² Neste sentido MONTE, (2010), p. 319 e pp. 322-323.

⁷³ NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018), p. 12.

⁷⁴ ANDRADE, (2004), pp. 123-125. ANDRADE, (1991), p. 204 e ss.

⁷⁵ NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018), p. 14.

⁷⁶ Foi apenas renumerado. CANOTILHO/MOREIRA, (2007), p.445.

⁷⁷ Sublinhado do autor.

⁷⁸ MIRANDA / MEDEIROS, (2005), p. 223.

⁷⁹ CANOTILHO/MOREIRA, (2007), p.447 (III).

⁸⁰ CANOTILHO/MOREIRA, (2007), p.450 (VII).

⁸¹ Neste sentido COSTA, (2003), p. 786. – “A norma que se contempla no art.24.º (...) apresenta as características de um *definitional stop*, se bem que, (...) estamos longe de o poder considerar, (...) como um *definitional stop* absoluto.” Em sentido semelhante GODINHO, (2015), p.144.

BRITO, (2007), p.105 afirma que nunca a vida poderá ser “absolutamente impositivo para aqueles que honesta, séria e desassombadamente já não a queiram viver”.

da vida alheia não pode isentar homicidas piedosos.⁸² A Constituição não reconhece vidas sem valor, nem garante decisões sobre a própria vida. Direito à vida significa viver com dignidade, ou seja, possuir condições de subsistência como trabalho e cuidados de saúde. É a base dos direitos sociais.

Alguns autores compreendem o facto de o legislador manter intocado a indisponibilidade da vida face a terceiros, com receio de abusos e resultados imprevisíveis. Há risco em reconhecer o direito de decidir sobre própria morte porque, não havendo um dever de morrer, pode ser sentido como tal pelos doentes terminais.⁸³ Acresce a isto as escassas garantias de autenticidade das declarações: dúvidas se a decisão foi mesmo livre e esclarecida.

Contra-argumenta FARIA COSTA afirmando que o suicídio não é punido e não se reflete essa pressão de procurar a morte por parte de doentes terminais.⁸⁴ Afirma que o argumento não é moralmente sustentável, porque estamos no âmbito de uma ética de intenção, não nos podendo transferir para uma ética de responsabilidade ou de resultado.

Entre o direito à vida e o direito à autodeterminação não há forma de salvaguardar o núcleo essencial de ambos. Ou se respeita um ou outro. A solução num primeiro momento seria a obtenção de concordância prática nos termos gerais. Nos casos de situações-limite em que o núcleo de um deles seria inevitavelmente eliminado dever-se-ia preservar a autonomia de cada um baseada na dignidade, analisando o caso concreto e tentando chegar a um justo equilíbrio entre ambos os direitos.

C) DIGNIDADE

Não é apenas um princípio-limite, tem valor próprio e uma dimensão normativa específica. Pessoa é sujeito e não objeto, é o fim e não o meio das relações jurídico-sociais. Justifica a imposição de deveres públicos e comunitários de defesa da vida.

O argumento é usado tanto pelos autores a favor como contra a prática. Não é um bem jurídico e por isso não pode ser ponderada com a vida. Não punir porque era uma vida indigna é discutível. O que se entende por indignidade? Para o titular ou para a sociedade? É tão digno optar por viver quando se está a morrer, como optar por morrer por já não se viver plenamente. A definição é difícil e impossível. A vida não o deixa de ser por ser menos digna. Se assim fosse, a intervenção penal assentava na dignidade e não no bem jurídico vida. Também é alvo de críticas o contrário – considerar a vida sem ter em conta as suas circunstâncias condicionantes. Levava a uma desconsideração total da dignidade. É errado admitir a disponibilidade da vida, mas também é errado pensar que a vida é algo acima do próprio indivíduo.⁸⁵ O elevado grau de abstração da dignidade não a torna apta a cumprir a função de fornecer critérios racionais, servindo de base para saber o que seria ou não punível.⁸⁶

D) ELEGIBILIDADE

⁸² CANOTILHO/MOREIRA, (1993), pp. 174- 175.

⁸³ Neste sentido, MIRANDA/MEDEIROS, (2005).pp. 255-256 (art. 24.º).

⁸⁴ COSTA, (2003),p.784.

⁸⁵Neste sentido MONTE, (2010),p. 334.

⁸⁶ Neste sentido GODINHO, (2015), pp. 101-102.

Permitir a eutanásia a todos significaria legalizar um Direito ao suicídio. Nos países que permitem a prática, delimitam a possibilidade só a um círculo de pessoas, sobre as quais se verificam certas condições. Contudo, há quem as considere vagas.⁸⁷

Uma dor ou sofrimento “insuportável” é muito subjetivo. A dor é sentida de forma diferente por cada pessoa. Há quem defenda que o pedido muitas vezes é o alívio do sofrimento e não o desejo de morrer.⁸⁸

O conceito “incapacitante” transmite ideia de perda de capacidade.⁸⁹ Pode ser um estado de limitação de competências físicas e psicossociais. Tem sido sugerida a inclusão de uma avaliação mental por psiquiatra para esclarecer se há capacidade. Há quem defenda que essa avaliação pode ser incapaz de clarificar mais do que a ausência de doença mental. Capacidade não significa ausência de doença mental. Capacidade é possuir um conjunto de competências complexas, como compreender toda a informação, ser capaz de a usar, retê-la e comunicar. Num contexto de sofrimento psíquico e físico podem estar alteradas. Só o facto de ter uma doença terminal tem repercussões no estado psicológico da pessoa. O conceito de “doença mental” abrange toda e qualquer situação que afete a saúde mental? Ou separa ansiedade e sofrimento de doença mental? O sofrimento físico afeta o estado mental e vice-versa. Se aceitarmos que são realidades interrelacionadas, significaria que qualquer sofrimento alterava a capacidade de avaliar a situação. Ou seja, qualquer pessoa com uma doença grave ou em sofrimento intolerável era incapaz. Se aceitarmos a exclusão da ansiedade e sofrimento, as doenças mentais eram diagnósticos concretos. Teríamos o problema de considerar todas como uma única. Já se considerássemos a possibilidade de estabelecer uma lista, seria necessário determinar que doenças excluíssem o acesso a um pedido de morte.

Por doença “terminal” entende-se como grave, incurável em avançado estado de evolução.⁹⁰ Uns defendem que deve ser estabelecida uma listagem de doenças que se conheça o prognóstico e que indique objetivamente em que situações se pode aceitar o pedido. Contudo, a mesma será constantemente alvo de atualizações devido ao progresso científico. Uma doença hoje terminal, amanhã já pode não o ser.⁹¹

E) ENVOLVIMENTO DE UM TERCEIRO – O PROFISSIONAL DE SAÚDE: É UM ATO MÉDICO?

Não existe uma definição legal de ato médico. Sabemos que tem de ser praticado de acordo com a *leges artis* tendo como finalidade “prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar”.⁹² Exige-se que se oriente pela vontade do paciente. O modelo paternalista da atuação médica foi substituído pelo modelo de autonomia. A relação médico-doente passa a ser uma relação entre “iguais”⁹³, sendo a autodeterminação do doente ponto central da mesma. Assim, “se o acto médico é um ato de “cura” é também indesmentível que é preciso, hoje, perceber o que se entende por “curar”.⁹⁴ Outrora, a prática de cuidados paliativos não entrava na noção de ato médico. Hoje, tem a mesma dignidade científica e

⁸⁷ NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018), p.15.

⁸⁸ *Ibidem* p.17. Também ROQUE, (2014), p.75.

⁸⁹ *Ibidem*, p.15.

⁹⁰ *Ibidem*, p.16.

⁹¹ CASAL, (2004), p.169.

⁹² Art. 150.º do CP.

⁹³ COSTA, (2003), p. 805.

⁹⁴ *Ibidem*, p.798.

deontológica que os tradicionais atos.⁹⁵ Entende-se que o ato médico vai mais além que o “curar”.

Nas legislações que permitem a eutanásia ativa direta, obrigatoriamente tem de ser praticada por um profissional de saúde. Caso não seja, é punível. O ato médico ancorado no juramento hipocrático entendia como cura o cuidado pelo outro, jamais admitindo a destruição de uma vida. Contudo, esse “curar” fazia todo o sentido dentro do modelo paternalista de ato médico. Hoje, baseia-se no consentimento informado. A conduta em estudo poderá ser considerada um ato médico? Uns afirmam que não⁹⁶, pois as funções de um médico estão vinculadas ao juramento de Hipócrates e a um quadro ético-deontológico da profissão. Outros⁹⁷ ainda afirmam que levaria a um desgaste psicológico dos profissionais de saúde. Contra-argumentam que isso também se verifica na convivência profissional com doentes em sofrimento insuportável, indigno e cruel. Há quem proponha que a ajuda para praticar a eutanásia poderia ser levada a cabo por voluntários de uma ONG criada para o efeito. Contra-argumentam⁹⁸ que não é possível porque se é uma opção a morte assistida, não pode depender de voluntários que podem não existir ou ser escassos. Além disso, têm menores exigências éticas que os médicos. Outros consideram que passar para um terceiro o último ato é questionável. “Uma coisa é renunciar à vida, outra bem diferente é a possibilidade de envolver de uma forma determinante terceiros na concretização dessa decisão, concedendo-lhes imunidade pelas suas actuações”.⁹⁹

TERESA QUINTELA DE BRITO defende¹⁰⁰ que o privilegiamento em razão da condição social do respetivo autor face a um cidadão não médico viola a Constituição.¹⁰¹ O ato médico é preservar a vida e nunca incluirá as condutas em análise. FARIA COSTA afirma que a eutanásia ativa tem de ser obrigatoriamente praticada por médico.¹⁰² É ponto indiscutível para este autor. Não é porque alguns médicos defenderam a prática que a mesma deve ser aceite. “Mas o que se não pode (...) é rejeitar, é não querer ver, é não querer pensar, é não querer decidir quando, em nosso redor, a realidade se altera a velocidade vertiginosa.”¹⁰³

F) RAMPA ESCORREGADIA

Alguns autores¹⁰⁴ defendem que permitir tais condutas levaria, num futuro próximo, a um alargamento a outras. Haveria uma abertura gradual desastrosa.

Em contrapartida, outros¹⁰⁵ acreditam que a decisão de não entrar nessa rampa corresponde ao risco de aceitarmos progressivamente o sacrifício de outros bens morais importantes. Se não ponderarmos sobre a possibilidade de autonomia nestas situações, poderemos entrar noutra rampa escorregadia de um paternalismo sem limites. É contraditório utilizar o argumento para a eutanásia ativa, mas já não para a indireta ou

⁹⁵ *Ibidem*.

⁹⁶ Neste sentido BRITO,(2000), p.136 e p.140. Em sentido semelhante BRITO, (2007), p.77. Também Parecer CNEDM (2018). NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018), pp.22-23.

⁹⁷ NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018), p.23.

⁹⁸ Neste sentido SANTOS, (2009), p.353.

⁹⁹ MIRANDA/MEDEIROS, (2005),p.256.

¹⁰⁰ BRITO, (2007), p.103.

¹⁰¹ Contrário ao consagrado no n.º 2 do art. 13.º da CRP.

¹⁰² COSTA, (2003), pp. 796-797.

¹⁰³ *Ibidem*,p. 792.

¹⁰⁴ COSTA, (2003), pp.783-784. CABRAL, (2014), pp. 84-85. Neste sentido DIAS, (2012), p.33 (55). Em sentido semelhante BRITO, (2000),p. 141.

¹⁰⁵ NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018), p.24.

passiva.¹⁰⁶ FARIA COSTA afirma que o efeito de arrastamento não o preocupa, pois “a consciência crítica e vigilante da sociedade democrática representa um limite inultrapassável.”¹⁰⁷ A preocupação, sim, é com a necessidade de uma definição concreta, rigorosa e impenetrável da regulamentação de uma prática que leva à eutanásia não punível. Contra-argumentam¹⁰⁸ que por mais restritiva e rigorosa que seja a lei, os erros e abusos são inevitáveis. Procedimentos de controlo são falíveis. O erro é inerente à prática da medicina.

G) CUIDADOS PALIATIVOS

Alguns autores defendem que a possibilidade de tais condutas ameaçam os cuidados paliativos. Outros defendem que há uma interação entre os dois.¹⁰⁹ O pedido é uma prática subsidiária e só pode decorrer uma vez esgotada toda e qualquer alternativa, exigindo assim uma melhoria dos cuidados paliativos. Impulsionava-os.¹¹⁰ Há quem¹¹¹ defenda que primeiro temos de apostar nos cuidados paliativos e no acompanhamento das pessoas, afirmando que a lei portuguesa já permite um controlo suficiente sobre a morte através das DAV.

H) CONTEXTO

Legislar sobre a ajuda à morte deve ocorrer numa sociedade que esteja preparada para tal. Não se pode simplesmente transpor as soluções adotadas por outros ordenamentos sem considerar o contexto em que essas soluções seriam enquadradas.¹¹² Será que a sociedade portuguesa está preparada para dar esse passo? Temos que ter em conta o contexto social, cultural e religioso antes de introduzir a permissão destas condutas. As legislações estrangeiras que a admitem são alvo de várias críticas. Há quem¹¹³ defenda que antes de legislar sobre condutas, seria importante determinar se a comunidade se revê nas práticas. A transformação social deve envolver não só os médicos e figuras relevantes nas áreas em causa. É necessário o envolvimento de todos.

4.2. CONSTRUÇÃO DE FARIA COSTA

FARIA COSTA propõe seis pontos cruciais que devem “constituir os eixos axiais de uma eventual definição da eutanásia ativa, sustentada em pedido sério, instante e expresso, praticada por médico.”¹¹⁴

Primeiramente, a eutanásia tem de assentar num pedido sério, instante e expresso e só praticada em circunstâncias “inequivocamente excepcionais e justificadas”.¹¹⁵ Será necessário a presença de doença grave e incurável que se encontre na sua fase terminal

¹⁰⁶ GODINHO, (2015), 347.

¹⁰⁷ COSTA, (2003), p. 795.

¹⁰⁸ NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018), p.25.

¹⁰⁹ *Ibidem*, p.26.

¹¹⁰ Na Bélgica, após a legalização assistiu-se a uma melhoria significativa dos cuidados no fim da vida.

¹¹¹ NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018), p.28. Neste sentido, ANDRADE, (2012), p.104 (16).

¹¹² COSTA, (2003), p.788.

¹¹³ NUNES/MADEIRA/SILVA, (2018),p.27. BRITO, (2000), p.129 e p.141. MONTE, (2010), pp. 322-324. Parecer do CNEDM (2018).

¹¹⁴ COSTA, (2003),p.796.

¹¹⁵ *Ibidem*.

para a prática ser justificável. Os cuidados paliativos são imprescindíveis. Deverá ser excluída a possibilidade a menores¹¹⁶ e doentes mentais¹¹⁷. Exigir-se-á a exclusividade da prática a médico, sendo-lhe consagrado o direito de objeção de consciência. Acresce a tudo isto, os procedimentos interlocutórios que demonstrem e garantam de forma segura que vontade do paciente é “deixar de viver”.

FARIA COSTA perfilha da opinião que a eutanásia ativa é subsumível aos atos médicos previstos no art. 150.º do CP.¹¹⁸ INÊS GODINHO¹¹⁹ discorda de alguns pontos desta construção. O artigo referido não faz nenhuma referência ao bem vida, só à integridade física. Se fosse aceite aplicação analógica criava uma contradição interna no sistema, pois iria expressamente contra o teor do art. 134.º do CP, mesmo que só aceite em casos excepcionais. A admissão de tal contradição é difícil de fundamentar ainda mais quando não há uma definição legal de ato médico que possa assegurar a segurança e a certeza jurídica exigido pelo princípio da legalidade. Outro ponto de discórdia é o facto da não punibilidade assentar na atuação médica, alterando o paradigma de ato médico, em vez de assentar na autodeterminação. Além disso, a exigência de doença incurável é mais uma forma de limitação da autodeterminação. INÊS GODINHO defende que deveria assentar na gravidade da doença e no prolongamento do sofrimento.

¹¹⁶ Mesmo que seja emancipado.

¹¹⁷ Independentemente de ter expresso vontade nesse sentido em momento lúcido.

¹¹⁸ COSTA, (2013), p. 220. Em sentido semelhante RUEFF, (2013), p.190.

¹¹⁹ GODINHO, (2015), pp. 362 -365.

5. A EUTANÁSIA NO DIREITO INTERNACIONAL¹²⁰

É de extrema importância compreender em que países é permitida a prática da eutanásia, que tipo de procedimento é adotado, que controlo existe, entre outros. Os países que permitem a prática assumem um papel de relevo. Exercem influência sobre a possibilidade de adoção de soluções semelhantes noutros ordenamentos. Se for um processo transparente, que durante anos não registre abusos, sendo restrito a um círculo pequeno de pessoas, fará com que outras ordens jurídicas possam colocar em hipótese essa abertura. Os casos de eutanásia ativa ainda não foram objeto de apreciação por parte do TEDH.¹²¹ Há ordenamentos em que há abertura tanto para a eutanásia ativa como para o suicídio assistido. Alguns países revelam apenas tolerância em relação ao último. Noutros, tanto uma prática como outra são proibidas. Não temos de seguir todas as soluções adotadas por outros países, o importante é “estar atento aos sinais dos tempos.”¹²²

5.1. HOLANDA

Tornou-se o primeiro Estado a nível europeu a despenalizar a eutanásia e o suicídio assistido com a entrada em vigor em 2002 da Lei sobre o Termo da vida a pedido e o suicídio assistido, aprovada em 2001. Constitui o culminar de um longo debate que se verificou durante décadas, impulsionado por vários casos mediáticos discutidos na jurisprudência. Desde o início da década de 70, os tribunais tinham vindo a demonstrar abertura a situações de eutanásia e do suicídio assistido, aplicando inicialmente sanções penais simbólicas e posteriormente excluindo a responsabilidade, por via do estado de necessidade. A aprovação em termos legais das práticas não representou uma viragem no ordenamento, pois a sua prática já era aceite há muito pela jurisprudência. Os arts. 293.º e 294.º punem o homicídio a pedido e o suicídio assistido, respetivamente. Com a entrada em vigor da nova lei, foi aditado um número dois a esses artigos, excluindo a responsabilidade, caso a conduta seja praticada por um médico nos termos da nova lei. Assim, para não constituir crime é necessário: que o paciente esteja consciente, sob sofrimento insuportável e sem esperança de melhorar; ter nacionalidade holandesa e idade igual ou superior a 18 anos¹²³; que o pedido seja feito pelo paciente, de forma convicta e reiterada; que a prática seja levada a cabo por um médico. Este tem de informar o doente sobre seu estado e verificar que se encontra em estado terminal com profundo sofrimento físico e psicológico. Depois de consumada a conduta, tem a obrigação de reportar o caso ao médico patologista e à Comissão de Controlo da Eutanásia. É exigida ainda a consulta de outro médico para verificar as circunstâncias.

A diferença entre suicídio assistido e eutanásia está na administração do fármaco letal. Se os pressupostos não forem cumpridos, o médico pode ser acusado da prática de crime. No caso em que os doentes terminais tenham a eutanásia agendada, mas ficam inconscientes antes da possibilidade de a praticar, o médico pode levar a cabo o ato. As

¹²⁰ Neste capítulo, seguimos, de perto, o exposto numa diversidade de documentos: BRITO, (2000), pp. 85-97; GODINHO, (2015), pp. 270 – 319; NUNES/MADEIRA/ SILVA, (2018), pp. 29 -31; ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, - *Eutanásia e Suicídio Assistido* [Em linha]. 2016; Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanásia; Acórdão do TC 123/2021 de 12/4, pp.30 e 31.

¹²¹ GONÇALVES – *A ajuda à morte e o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem* [Em linha], 2018, p.74.

¹²² COSTA, (2003), p.788.

¹²³ Se tiver entre 16 e 18 anos pode tomar decisão sozinho mas os seus pais devem ser envolvidos no processo. Caso tenha entre 12 a 16 anos, só pode com o consentimento dos pais ou representantes legais. A partir dos 18 anos, podem tomar decisão sem qualquer aconselhamento e autorização parental.

DAV podem ser usadas como fundamento das práticas em causa. Em caso de demência, tem de existir um documento escrito para ser possível praticar a eutanásia. Discutíveis são as situações de sofrimento psicológico. As autoridades holandesas ainda não conseguem oferecer uma resposta decisiva. Sobre a prática em recém-nascidos, os médicos têm permissão em situações excepcionais definidas na lei. Por fim, ao médico é concedido direito à objeção de consciência.

5.2. BÉLGICA

Admite a eutanásia ativa com a entrada em vigor da Lei de 28 de maio de 2002. Esta não é aplicável a situações de suicídio assistido.¹²⁴ Inicialmente, a prática era permitida só a maiores de 18 anos, tendo sido em 2014¹²⁵ alargada a menores de idade que demonstrem capacidade de discernimento. Os requisitos exigidos para o recurso à eutanásia são: pedido deve ser feito por escrito, de forma voluntária, refletida, livre e reiterada; situação médica irreversível e sofrimento físico ou psicológico constante e insuportável devido a patologia grave e incurável¹²⁶; praticado por um médico; o médico tem de informar sobre a situação do doente, as alternativas de tratamento como também a existência de cuidados paliativos e as suas consequências. Além disso, deve ao longo do processo confirmar se a vontade se mantém, sendo reconfirmado por outro médico que os pressupostos exigidos se verificam. Por fim, é necessário debater o pedido com os familiares do doente, a equipa médica e outros que se mostrem adequados. Foi criada uma Comissão Federal de Controlo e Avaliação da aplicação da lei que avalia *a posteriori* se todos os pressupostos foram cumpridos. Ao médico é dado o direito de objeção de consciência. Se a prática for realizada por um não médico estamos perante um crime de homicídio simples. À semelhança do que acontece na Holanda, os estabelecimentos ligados aos cuidados de saúde tem o hábito de distribuir guias práticos sobre a eutanásia.

5.3. LUXEMBURGO

Em 2009, o Código Penal foi alterado¹²⁷, passando a despenalizar a eutanásia e o suicídio assistido. As condições exigidas são: paciente ser adulto, capaz e consciente; o pedido formulado por escrito de modo voluntário, refletido e livre, podendo ser revogável a qualquer tempo; estar em situação médica irreversível, em estado de sofrimento físico ou psicológico constante, insuportável por força de acidente ou doença. O médico deve informar doente sobre a sua situação médica, discutir o pedido com ele, ponderar sobre as possibilidades terapêuticas ainda possíveis e possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos. Além disso, tem de consultar outro médico sobre a natureza grave e incurável da doença. Pode ainda discutir o pedido com a equipa médica e pessoas próximas do doente, salvo oposição deste. É dada a possibilidade à pessoa adulta e capaz, mediante

¹²⁴ Ajuda ao suicídio não é criminalizada expressamente no Código Penal Belga. Não é regulada pela lei porque o auxílio ao suicídio não é permitido se decorrer de um profissional de saúde (A eutanásia obrigatoriamente tem de ser praticada por um médico).

¹²⁵ Alterações introduzidas pela Lei de 28 de fevereiro de 2014. É um dos aspetos mais polémicos, pois é concedida a sua prática a menores de qualquer idade, bastando capacidade de discernimento. Discutível o que significa essa capacidade, apesar de exigir uma avaliação do médico responsável e de psiquiatra infantil para aferir maturidade. É necessário a autorização do doente e dos seus representantes legais.

¹²⁶ Não se exige estado terminal do doente.

¹²⁷ Pela Lei de 16 de março de 2009. Fortemente inspirado pelo ordenamento belga. No mesmo dia, foi igualmente aprovado uma lei relativa a cuidados paliativos, à diretiva antecipada e acompanhamento no fim da vida.

disposição de fim de vida, definir as condições nos termos das quais deseja eutanásia, caso fique impossibilitada de demonstrar a sua vontade.¹²⁸ O controlo é feito por uma Comissão de controlo e avaliação da aplicação da lei. Ainda é reconhecido o direito de objeção de consciência aos médicos.

5.4. ESPANHA

Foi com a Lei de 24 de março que a Espanha se tornou o quarto país da Europa a permitir a prática em estudo, entrando em vigor a 25 junho de 2021. O diploma abrange tanto a eutanásia ativa como o suicídio assistido. Para ser admissível a “prestação de ajuda para morrer”¹²⁹ é necessário verificar-se cumulativamente certos requisitos: ter nacionalidade espanhola ou residência legal aí; ser maior de idade, capaz e estar consciente no momento que formula pedido; sofrer de doença grave e incurável ou de doença grave, crónica e incapacitante certificada por médico responsável. Ainda se exige ao doente a formulação de dois pedidos por escrito, de modo voluntário com diferença mínima de quinze dias entre eles, como também receber informações sobre o seu processo clínico e alternativas possíveis, devendo conceder um consentimento informado antes de receber a ajuda. Pode ser realizado em hospitais públicos ou privados e até no domicílio. O controlo é feito pela Comissão de Garantia e Avaliação. Foi elaborado um manual de boas práticas para assegurar uma correta aplicação da lei.

¹²⁸ Mesmo assim, só é possível se o médico verificar: uma lesão grave e incurável, inconsciência e uma situação de irreversibilidade à luz estado atual da ciência.

¹²⁹ Expressão utilizada no diploma.

6. A SITUAÇÃO EM PORTUGAL

6.1. O DECRETO N.º109/XIV

Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível. Consiste numa antecipação da morte “que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.”¹³⁰ Só pode ser requerida por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional. É livremente revogável a qualquer momento. Obedece a um procedimento clínico e legal.

O procedimento abre com um pedido de uma pessoa designada “doente” e que preencha os requisitos exigidos já referidos. Este pedido é feito em documento escrito, datado e assinado pelo próprio¹³¹ e integrado no RCE¹³² criado para o efeito. É dirigido tal pedido a um médico designado “médico orientador” escolhido pelo doente.¹³³

O médico orientador emite parecer fundamentado relativo ao doente, se este reúne ou não condições para ser admissível para prosseguir pedido. Além disso, tem de prestar toda a informação e esclarecer sobre situação clínica, tratamentos aplicáveis e prognóstico. O parecer do médico pode ser favorável ou não favorável. Se for não favorável, o procedimento é cancelado e encerrado, sendo o doente informado sobre a decisão e fundamentos da mesma, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido.¹³⁴ Caso seja favorável, o procedimento segue, o médico orientador consulta outro médico, especialista na patologia. Este confirma ou não a reunião das condições exigidas, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica, como também a natureza incurável da doença ou condição definitiva da lesão. Se for favorável, o médico orientador informa o doente, verifica se este mantém e reitera a vontade, sendo registada por escrito, datada e assinada, sendo integrado no RCE.¹³⁵ Caso o doente em causa padecer de mais do que uma doença incurável ou lesão definitiva, o médico orientador deve decidir qual a especialidade médica a consultar.

Em casos em que haja dúvidas¹³⁶ sobre a capacidade para fazer o pedido ou se a pessoa é portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a capacidade de tomar decisões é obrigatória a consulta de um médico especialista em psiquiatria que afaste tais possibilidades. Caso confirme que existem, o procedimento é cancelado e encerrado.

Se todos os pareceres exigidos forem em sentido favorável e mais uma vez for reconfirmada a vontade de doente, o médico orientador remete cópia do RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da morte¹³⁷. Esta, no prazo de cinco dias úteis, emite parecer sobre o cumprimento dos requisitos e fases exigidas pelo decreto. Se for desfavorável o processo é cancelado. Caso seja favorável, o doente é informado, sendo necessário mais uma vez verificar a vontade

¹³⁰ Número 1 do art. 2.º do decreto.

¹³¹ Ou pessoa designada por si em certas circunstâncias previstas no número 2 do art. 10.º do decreto.

¹³² Relatório clínico especial.

¹³³ Pode ser ou ter sido médico pessoal, médico de família ou especialista da patologia em causa.

¹³⁴ Sempre garantido ao longo do procedimento mediante um parecer desfavorável.

¹³⁵ Repetida ação ao longo de todo o processo, incluindo momento anterior à administração do fármaco letal.

¹³⁶ Art. 6.º do decreto.

¹³⁷ Também designada CVA.

do mesmo. De seguida, o médico orientador deve combinar a hora, local e método de acordo com a vontade do doente. Há dois métodos disponíveis: autoadministração de fármaco letal ou a administração feita pelo médico ou outro profissional de saúde, cuja decisão é da exclusiva responsabilidade do doente. O médico orientador deve remeter uma cópia do RCE para o IGAS.¹³⁸ Caso o doente fique inconsciente antes da possibilidade de concretizar a vontade, o procedimento é interrompido.

No momento da administração do fármaco, obrigatoriamente tem de estar presente o médico orientador e outro profissional de saúde. As pessoas indicadas pelo doente também podem estar presentes. A última vez em que se confirma a vontade do doente é no momento anterior à administração do fármaco na presença, no mínimo, de uma testemunha. Se o doente mostrar dúvidas nesse momento, o procedimento é cancelado e encerrado.

A decisão do doente é pessoal e indelegável. Caso esteja impossibilitado de escrever e assinar, pode escolher uma pessoa de confiança, sendo que não pode ser alguém que obtenha um benefício direto ou indireto com a sua morte.

Pode ter lugar em estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde ou setores privados e sociais que estejam devidamente licenciados e autorizados. Também pode ser em local diferente destes indicados, desde que o médico orientador verifique que dispõe de condições clínicas e conforto para o efeito.

O RCE, como expresso, deve indicar todas as informações, relatórios, pareceres e decisões do doente em manter o pedido. Concluído ou cancelado, o RCE é anexado ao relatório final. Este último é realizado pelo médico orientador após a morte, que remete o documento para a CVA e para o IGAS no prazo de quinze dias. Mesmo que o procedimento seja cancelado, o relatório tem que ser feito.

Quem pode executar o ato são os inscritos na Ordem dos Médicos e na Ordem dos Enfermeiros. É-lhes fornecido apoio psicológico. Têm dever de sigilo profissional sobre todos os factos e informações. É-lhes garantido o direito de objeção da consciência, não podendo ninguém ser obrigado a ser envolvido no procedimento. Não necessita de fundamentação. Pode ser invocado a todo o tempo.

Ao IGAS compete a fiscalização do procedimento. Caso verifique algum incumprimento deve determinar a suspensão ou cancelamento do mesmo.

A avaliação da conformidade do procedimento cabe a CVA¹³⁹, mediante o parecer prévio e através da avaliação do relatório final do processo enviado pelo médico orientador. Sendo desconforme com a lei que permite a antecipação da morte, a CVA remete o relatório para o Ministério Público e às respetivas ordens dos profissionais envolvidos. É composta por cinco personalidades de reconhecido mérito, funcionando no âmbito da AR, tendo que, anualmente, enviar para a AR um relatório sobre a avaliação da aplicação da lei, composto por recomendações e estatísticas.

O decreto em causa altera algumas normas do CP – o 134.º, 135.º e 139.º, não sendo puníveis tais condutas quando realizadas no cumprimento das condições estabelecidas pelo presente diploma. Ainda estabelece que a antecipação de morte não é fator de exclusão do seguro de vida. Após o início do procedimento, a pessoa segura não pode proceder a alterações das cláusulas de designação de beneficiários. A Direção Geral de Saúde disponibiliza ainda no *site* da internet informação sobre os procedimentos, a legislação e formulários.

¹³⁸ Inspeção Geral das Atividades de Saúde. Esta entidade pode acompanhar presencialmente a concretização do pedido.

¹³⁹ Art. 24.º do decreto.

6.2. OS FUNDAMENTOS DA INCONSTITUCIONALIDADE DAS NORMAS APRESENTADO PELO PRESIDENTE DA REPÚBLICA

O PR requereu¹⁴⁰ ao TC a fiscalização preventiva da constitucionalidade de diversas normas constantes no decreto em causa: o número 1 do art. 2.º, na parte em que define antecipação da morte como decisão de pessoa em “situação de sofrimento intolerável” e também sobre o critério de “lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico”. Consequentemente, os arts. 4.º, 5.º, 7.º e 27.º. Fundamenta a decisão em diversos argumentos. Afirma como objetivo do requerimento, não verificar se a eutanásia é ou não conforme a CRP, mas sim se a regulação da morte medicamente assistida nos termos do presente decreto se conforma com ela. A lei tem de se guiar pela rigorosidade, recorrendo a conceitos indeterminados, desde que determináveis. O PR entende que os conceitos de “situação de sofrimento intolerável” e “lesão definitiva de gravidade extrema” não cumprem as exigências de densidade normativa, não estando minimamente definidos. Há uma grande subjetividade. Legislador não oferece ao médico um quadro legislativo seguro para guiar a sua atuação. Uma mera lesão poderia permitir uma antecipação da morte. A lesão só tem de ser definitiva e não fatal. A concretização desses conceitos ficariam dependentes da decisão do médico orientador e especialista. Não se fornecem critérios firmes para uma correta interpretação, pondo em causa a segurança jurídica.

6.3. FUNDAMENTAÇÃO DO TC ¹⁴¹

O legislador português decidiu tratar conjuntamente a prática da antecipação da morte a pedido como a ajuda à mesma, como também manteve as incriminações no CP fora das condições previstas no decreto.

O art. 2.º do decreto separa o lícito do ilícito. Cada um dos critérios apresentados não valem isolada e autonomamente. O preceito é uma verdadeira disposição normativa. O legislador definiu no espaço máximo do lícito no quadro de ilicitude preexistente. A análise do artigo carece de sentido se não for integrada no conjunto global e lógico de elementos da previsão da norma que, cumulativamente, determinam a não punibilidade da antecipação da morte medicamente assistida. Assim, a determinabilidade dos conceitos implica o conhecimento da sua função no quadro da própria previsão da antecipação da morte. A vontade reiterada do doente em concretizar ato é verificada em momentos distintos no mínimo seis vezes ao longo do processo.

O Estado intervém no processo. O parecer favorável da CVA constitui condição *sine qua non* do ato de antecipação da morte. Desempenha função de controlo prévio.¹⁴² Também lhe compete um controlo sucessivo da legalidade.¹⁴³ À IGAS compete a fiscalização. Assim, a prática de eutanásia impõe a existência de um procedimento administrativo especial destinado a comprovar a verificação das condições para levar o pedido até ao fim. O Estado assume a função de garante de que todos os pressupostos estão reunidos. Este pode também desempenhar o papel de prestador de tal serviço no

¹⁴⁰ SÍTIO OFICIAL DE INFORMAÇÃO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Presidente da República submete decreto da eutanásia ao Tribunal [Em linha]. 2021.

¹⁴¹ Na redação deste capítulo, seguimos, de muito perto, a letra do Acórdão do TC n.º 123/2021 de 12/4.

¹⁴² Art.8.º.

¹⁴³ Números 2 e 3 dos arts. 25.º e 26.º.

âmbito do SNS.¹⁴⁴ O diploma define os possíveis destinatários, ou seja, elegíveis para realizar e concretizar pedido.

Com o presente decreto a opção do legislador não foi só de descriminalizar condutas em certas condições, mas também de as regular, ou seja de as legalizar. Pressupõe uma intervenção ativa e decisiva dos profissionais de saúde. Sem a colaboração destes, a conduta continua a ser punível.

Contudo, a discussão das condições concretas da prática só tem sentido e utilidade caso a mesma não seja incompatível com a CRP, nomeadamente o disposto no art. 24.º. Questiona-se se o diploma poderia subsistir à luz do direito à vida constitucionalmente consagrado.

*A Constituição portuguesa não se limita (...) a dizer que “todos os homens têm direito à vida”, afirmando antes, numa fórmula normativa muito mais forte e expressiva, que “a vida humana é inviolável”. O artigo 24.º desempenha, entre os direitos fundamentais, um papel absolutamente ímpar. (...) o direito à vida surge consagrado no n.º 1 do artigo 24.º não apenas na sua dimensão puramente subjetiva, como o primeiro dos direitos fundamentais (...), mas como valor objetivo e como princípio estruturante de um Estado de Direito alicerçado na dignidade da pessoa humana.*¹⁴⁵

O art. 24.º da CRP assume o grau superior de qualificação devido à afirmação da inviolabilidade da vida, exigindo um nível de proteção congruente com a forte identidade axiológica que o caracteriza. Contudo, não se exclui a possibilidade de ponderação de fatores em circunstâncias especiais.

O direito à vida é reconhecido universalmente. Contudo, não impede a consagração de soluções distintas em matéria da morte medicamente assistida. GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA ao longo das várias versões da sua obra reiteram a inexistência de um direito à eutanásia ativa¹⁴⁶ como também a natureza absoluta do direito à vida. O teor do direito à vida torna perceptível que o mesmo não tem uma dimensão negativa – direito a morrer ou a ser morto, um direito a não viver ou um direito de escolha sobre continuar ou não a viver.

Questiona-se se o dever de proteger a vida se impõe também perante o próprio titular. Na ordem jurídica, os valores de liberdade geral de ação¹⁴⁷ e da capacidade de autodeterminação¹⁴⁸ refletem-se no direito ao desenvolvimento da personalidade. Estes valores conferem a cada pessoa o poder de tomar decisões cruciais sobre a forma como pretendem viver a própria vida como também a forma como não a pretendem continuar a viver. A decisão tem que ser tomada logo que seja de forma capaz, livre, consciente e esclarecida. No decreto não está em causa a conduta isolada de alguém pôr termo à vida, mas o envolvimento de profissionais na antecipação da morte a pedido. A intervenção de terceiros coloca problemas de diversa natureza, que transcendem a esfera pessoal de quem faz o pedido.

¹⁴⁴ Serviço Nacional de Saúde.

¹⁴⁵ MIRANDA/ MEDEIROS, (2005), p.501.

¹⁴⁶ «[j]urídico -constitucionalmente não existe o direito à eutanásia ativa, concebido como o direito de exigir de um terceiro a provocação da morte para atenuar sofrimentos (“morte doce”), pois o respeito da vida alheia não pode isentar os “homicidas por piedade”» in *Constituição da República Portuguesa, Anotada, I*, 3.ªed. Coimbra: Coimbra Ed., 1993, pp. 174 -175.

¹⁴⁷ Consiste num espaço próprio de autonomia que confere a cada pessoa a liberdade de conduzir a sua própria existência de acordo com as características específicas da sua personalidade e do seu projeto de vida.

¹⁴⁸ Traduz-se num espaço próprio de autonomia decisória que confere a cada pessoa a liberdade de fazer escolhas relevantes para a sua vida e o ónus de assumir a responsabilidade pelas mesmas.

Em Portugal o suicídio não é punível e toda a intervenção médica carece de consentimento. Contudo, a continuidade das incriminações do 134.º e 135.º do CP revelam-se um indício forte no sentido do não reconhecimento de um direito fundamental fundado na autodeterminação do próprio quanto à disponibilidade da sua própria vida. A interferência de um terceiro transforma o facto revelante em termos sociais.

A vida é condição de todos os outros direitos. O TC concorda com posição de RUI MEDEIROS que entende que não sendo o direito à vida “um direito ilimitado ou absoluto, imune a situações de delicadas colisões de direitos [...], não deixa, entretanto, de ser um direito que beneficia *a priori* de uma posição muito vantajosa na ordem flexível e não hierárquica da axiologia constitucional”.¹⁴⁹

A proteção absoluta e sem exceções da vida humana impõe um sacrifício da autonomia individual contrário à dignidade, convertendo o seu direito a viver num dever. Por isso, o legislador não está impedido de regular a antecipação da morte. Têm que se cumprir os limites que decorrem dos deveres de proteção dos direitos fundamentais, como a salvaguarda da voluntariedade na colaboração de terceiros, através do direito à objeção de consciência.

Estamos perante uma decisão cujo resultado é irreversível. É necessário ter garantias que essa seria a vontade da pessoa. O que se deve promover é a vida e sua qualidade. Assim sendo, o dever de proteção da vida de quem pretende antecipar a morte em certas condições impõe um rigoroso regime quanto às situações passíveis de justificação de acesso à morte medicamente assistida. São necessárias garantias procedimentais sérias, exigentes e adequadas a salvaguardar a liberdade do paciente. Só assim se cumprem as exigências de certeza e segurança jurídica, que garantam que as situações se contem dentro dos limites que justificam constitucionalmente a antecipação. Estas situações têm de ser claras, antecipáveis e controláveis. O procedimento deve assegurar a determinabilidade das indeterminações conceituais. Incumbe ao legislador prevenir as chamadas “rampas deslizantes”.

O direito à antecipação da morte preexiste nas condições definidas no art. 2.º, e não pelo parecer da CVA. É em relação a essas que a constitucionalidade é questionada. O art. 2.º é a base para a emissão dos pareceres e de orientação das atuações dos profissionais envolvidos.

O TC reitera que o princípio da legalidade não impõe ao legislador o ónus de definir o universo de ações e omissões criminalmente relevantes e de apenas utilizar formulações normativas integralmente descritivas e fechadas. Admite a utilização de conceitos indeterminados. A exigência de lei certa é para a lei que cria ou agrava a responsabilidade criminal, não tendo o mesmo significado em caso de descriminalização ou atenuação dessa responsabilidade. Já a condição de determinabilidade é imposta mais para a definição do crime do que para a descrição das causas de exclusão de ilicitude ou da culpa. É por efeito do art. 27.º do decreto que opera a despenalização dos arts. 134.º e 135.º do CP. Seria aditado a estes uma hipótese de exclusão da punibilidade das condutas aí tipificadas. Limita a responsabilidade e por isso situa-se fora do âmbito essencial do princípio da legalidade da intervenção penal do Estado. Contudo, a determinabilidade das causas de exclusão da responsabilidade pode ser relevante para estabelecer os pressupostos cuja verificação determina a subtração de determinada conduta ao universo dos comportamentos puníveis, ainda mais numa matéria tão sensível. A indeterminabilidade conceitual quando aplicada para excluir responsabilidade tende a alargar gradualmente as possibilidades de um comportamento não ser punido. Não deve ser permitida porque desprotege o bem em causa. As disposições incriminadoras são

¹⁴⁹ MIRANDA / MEDEIROS, (2005),p.502.

conciliáveis com as exigências do princípio da tipicidade sempre que os seus conceitos materialmente indeterminados se tornem determináveis por via de remissão para as disposições ou outros. No decreto em apreço não parece que um destinatário diligente seja induzido em erro com a interpretação de tais normas. A remissão referida nos aditados deve ter em conta o conjunto das condições estabelecidas no decreto.

O que está em causa é um consentimento qualificado, pois além de um pedido sério e livre é sujeito às exigências de esclarecimento e reiteração.

É necessário verificar se os critérios usados cumprem as exigências do princípio da determinabilidade da lei. Tem que se fornecer critérios que permitem a adoção de decisões fundamentadas e congruentes.

Há pressupostos referidos no diploma que não suscitam dúvidas – decisão da própria pessoa, maior, vontade atual, reiterada, livre e esclarecida e praticada ou ajudada por profissionais de saúde. O legislador poderia ter optado pela definição de um conjunto de conceitos. Contudo, face à rápida evolução do conhecimento médico, levaria a risco de perda de consistência lógico-categorial.

O “sofrimento intolerável” é um pressuposto fundamental, mas apenas quando conjugado com um dos pressupostos seguidamente enunciados – a lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico ou a doença incurável e fatal. O decreto diverge de outras soluções adotadas noutros países ao não fazer constar na norma exigências como carácter duradouro ou a ausência de perspectivas de melhoria. Em relação ao conceito de “sofrimento”, este não se confunde com o conceito de dor. Pode haver dor sem sofrimento. Além disso, são frequentes os fenómenos de sofrimento sem dor física. O sofrimento como pressuposto de descriminalização das incriminações do CP e como critério de acesso à antecipação da morte assume uma natureza subjetiva, estando associado à identidade pessoal de cada um. O elemento crucial para a emissão de parecer é o modo como o doente manifesta e verbaliza o seu sofrimento, ou seja, a perspetiva individual do doente. Contudo, não basta o sofrimento. Este tem de ser ainda intolerável. O TC conclui que conceito de “sofrimento intolerável” embora amplo, é adequado para cumprir função a que se destina no contexto da norma do art. 2.º do decreto, devendo ser objetivado e comprovado em cada caso mediante aplicação da *leges artis*. Apesar de indeterminado, o conceito não é indeterminável. Além disso, é adequado ao contexto clínico onde terá de ser aplicado. Isto justifica o grau de indeterminação em causa, não contrariando as exigências de densidade resultantes da CRP.

Em relação à “lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico”, estamos perante uma condição cumulativa. Se o adjetivo definitiva não suscita especiais dúvidas, o mesmo não se pode dizer da noção de lesão, pois pode corresponder a condições de gravidade muito diversa. Impõe que a lesão seja de gravidade extrema de acordo com o consenso científico. O legislador não concede qualquer tipo de indício do que se entende por gravidade extrema, não sendo a mesma facilmente determinável. Nada se refere à natureza fatal da mesma. Basta a mera lesão para ser possível a antecipação da morte. O legislador poderia optar por outros conceitos mais comuns na prática¹⁵⁰, permitindo uma maior densificação do elemento normativo que se pretende consagrar como pressuposto de não punição da antecipação da morte. Afigura-se ser ainda possível uma maior densificação quanto à gravidade extrema da lesão através da referência de lesões corporais¹⁵¹ e funcionais ou quanto à afetação da capacidade para

¹⁵⁰ Sugere “lesão incapacitante” ou “dependência absoluta”.

¹⁵¹ Art. 144.º, als. a) e b) do CP.

o trabalho.¹⁵² Ainda mais, o contexto em que ocorre a antecipação da morte em nada contribuir para uma maior concretização da expressão em causa.

Por último, a gravidade extrema da lesão ou a sua natureza definitiva tem de ser apurada “de acordo com o consenso científico.” O diploma não especifica o que é esse consenso – se é nacional, internacional, entre pares de uma especialidade médica, entre outros. Tendo em conta a natureza dos intervenientes no processo, o consenso reportará a um consenso científico médico das intervenções do médico orientador e especialista na verificação do cumprimento desse requisito, Assim, a intervenção dos médicos referidos constitui um ato médico de dupla componente: de diagnóstico e prognóstico. Se é um ato médico, tal verificação está sujeita às *leges artis*. Estas já são consideradas o modelo a seguir aceites pela generalidade da comunidade científica.

Assim sendo, as anteriores considerações¹⁵³ revelam uma manifesta insuficiência de densificação normativa da respetiva previsão legal, tornando o art. 2.º do decreto inapto por indeterminação para disciplinar em termos previsíveis e controláveis as condutas dos seus destinatários. Assim, o decreto não satisfaz o princípio da determinabilidade das leis e contende com a al. b) do n.º1 do art. 165.º da CRP por referência ao art. 24.º interpretado de acordo com o princípio da dignidade da pessoa humana.

Conclui pela inconstitucionalidade do número 1 do art. 2.º e, conseqüentemente, pela inconstitucionalidade das normas dos arts 4.º, 5.º, 7.º e 27.º. O PR devolveu à AR o decreto sem promulgação do mesmo.

6.4. AS ALTERAÇÕES INTRODUZIDAS NO DECRETO E A PRONÚNCIA DO PR SOBRE AS ALTERAÇÕES EFETUADAS

O decreto n.º 199/XIV introduziu algumas alterações ao decreto referido anteriormente. Uma das mais relevantes foi a exclusão da expressão “ de acordo com o consenso científico” para verificar a existência de lesão definitiva de gravidade extrema.

Adita uma nova norma (o seu artigo 2.º) com a definição de alguns conceitos: a morte medicamente assistida; o suicídio medicamente assistido; a eutanásia; a doença grave ou incurável; a lesão definitiva de gravidade extrema, a lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante; o sofrimento, o sofrimento físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave e incurável ou lesão definitiva de gravidade extrema; o médico orientador e o médico especialista.

O PR pronunciou-se¹⁵⁴ sobre as alterações feitas ao decreto. Uma das críticas que apresenta é o facto de o diploma definir¹⁵⁵ doença grave ou incurável, mas a condição exigida para a antecipação da morte mantém-se como doença grave e fatal.¹⁵⁶ Além disso, no mesmo artigo, no seu número um refere como exigência cumulativa a gravidade e a incurabilidade, mas já no número três basta uma delas. Uma coisa é uma doença grave, outra é incurável e outra é fatal. O legislador tem de optar. É muito diferente exigir doença grave, só doença incurável ou ambas. E também diverge a exigência de fatalidade da mesma – para além de incurável e grave, levará à morte.

¹⁵² O art. 19.º da Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro.

¹⁵³ Relativas à lesão definitiva, à gravidade extrema e ao consenso científico.

¹⁵⁴ SÍTIO OFICIAL DE INFORMAÇÃO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Presidente da República devolve, sem promulgação, decreto da Assembleia da República sobre morte medicamente assistida, envolvendo a eutanásia e o suicídio medicamente assistido [Em linha]. 2021.

¹⁵⁵ Na alínea d) do art. 2.º.

¹⁵⁶ No número 1 do artigo 3.º.

Em matéria tão importante, estas incongruências correm o risco de afetar fatalmente o conteúdo. Se Assembleia optar por eliminar a exigência de fatalidade, será alargada a mais casos a possibilidade de antecipação da morte, sendo adotado um solução mais radical como aconteceu nos outros estados europeus que permitem estas práticas. O PR questiona se essa solução se adequa a uma sociedade como a portuguesa. Questiona o que teria mudado para ser exigível no decreto inicial e agora já se considerar a possibilidade da sua não exigência. Decidiu não suscitar a fiscalização do diploma ao TC. Solicita que a AR clarifique se é ou não exigível “doença fatal”, e se não o sendo, se a exigência de “doença grave” e doença incurável” é alternativa ou cumulativa. E, no caso de não exigir a fatalidade, o que justifica esta repentina mudança em relação ao anterior decreto.

VITAL MOREIRA¹⁵⁷ acredita que os deputados não tiveram o devido cuidado. O PR tem razão em relação à inconsistência concetual do diploma. O art. 2.º contém a definição dos conceitos. Já o art. 3.º indica o conjunto de circunstâncias necessárias para a morte medicamente assistida não ser punível. Um dessas condições é a existência de uma “doença incurável e fatal”, contudo a noção da mesma não consta no art.2.º. Além disso, critica o facto de se exigir que a doença seja fatal, mas já não necessita a lesão de o ser. Defende que há necessidade de corrigir o diploma, aprovando uma terceira versão do mesmo.

Com a dissolução da AR e a eleição de novos deputados e o início de uma nova legislatura, morre esta lei da eutanásia, pelo que um novo processo legislativo, com a apresentação de novos projetos de lei, terá de ser iniciado pelos novos deputados, caso estes assim o desejem, seguindo-se depois os passos normais do processo legislativo comum.

¹⁵⁷ MOREIRA, Vital - Não concordo (27): Sobre o veto presidencial da despenalização da eutanásia [Em linha]. 2021.

7. CONCLUSÃO

Assistimos a uma gradual abertura da admissibilidade da eutanásia ativa direta, no Mundo e em Portugal. O caminho já foi mais longo. Não basta considerar se podemos ou não salvar a pessoa. Também é necessário considerar o “preço” da intervenção, ou seja, ter em conta tudo o que envolve, como o sofrimento e o desgaste causado à pessoa e à família. Verificar qual pesa mais: as vantagens ou as desvantagens.

Somos a favor da sua não punibilidade de acordo com apertadas condições. Obrigatoriamente, o ato tem de ser praticado por um médico. A eutanásia tem de respeitar um rigoroso e transparente processo, verificando-se, constantemente, se a vontade em antecipar a morte permanece. Em relação à exigência de fatalidade para o pedido seguir, acreditamos que não é necessária. Partilhamos da opinião que é suficiente a existência de um sofrimento intolerável e cruel, que torne desumana a vida da pessoa. Além disso, a consulta de um médico especialista em psiquiatria não deveria ser exigido apenas em algumas situações, mas sempre. Não concordamos que seja alargada a possibilidade de eutanásia a menores. Consideramos que não têm maturidade suficiente e capacidade de avaliar todos os elementos que pesam na decisão. Estamos perante uma decisão sem retorno, definitiva. Admitir a prática não significa que aceitemos uma abertura total. Achamos que o caminho deve ser percorrido com cautela e ponderação. Se existir uma abertura drástica, basta um erro, para a conduta perder o seu significado – dar paz e dignidade a quem está num sofrimento impiedoso. Perder –se –ia, de forma irreversível, a confiança na mesma. Além disso, e por motivos semelhantes, não concordamos que o controlo de todo o procedimento seja realizado após a morte do doente. Deve ser prévio, com o intuito de travar o mesmo caso haja erros ou inexistência de algum pressuposto exigido.

Relativamente ao decreto apresentado em Portugal, concordamos com algumas das críticas. Há uma expressa confusão conceitual. Num assunto tão delicado, não pode acontecer. Temos que nos guiar pelo maior rigor possível. Somos a favor de proceder à conclusão do pedido mesmo que doente tenha ficado entretanto inconsciente. Claro que para isso seria necessário já estar avançado o procedimento e ter em conta a vontade presumida do doente. Alguns ordenamentos estrangeiros admitem-no.

Sabemos que este problema sempre dividirá as opiniões. A forma como entendemos o que significa viver difere de pessoa para pessoa. O problema em causa é o envolvimento de um terceiro no termo da vida de outro. Há perigos? Sim. Pode haver abusos? Sim. Temos de assumir que em tudo há riscos, mas o medo deles não pode guiar as nossas opções. O importante é estarmos preparados para eles, termos definidas respostas a problemas que possam surgir.

O direito à vida e o direito à autodeterminação têm de coexistir. Saberem respeitar-se mutuamente. A questão não é saber se podemos optar ou não por colocar termo à vida, mas sim em que certas circunstâncias poderemos pôr termo a ela.

Quem não concorda, ou não o deseja para si, tem que se limitar a respeitar e compreender quem o pretende e deseja. É melhor ter uma alternativa do que saber que se tem de viver “sacrificado” até aos últimos dias. “A face da morte mudou, mas a condição humana não se alterou.”¹⁵⁸ Assim, questionamos: QUALIDADE ou QUANTIDADE?

¹⁵⁸ CARNEIRO, (2008),p.272.

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Manuel da Costa - *Consentimento e acordo em direito penal: contributo para a fundamentação de um paradigma dualista*. Coimbra: Coimbra Ed, 1991.

ANDRADE, Manuel da Costa – «Consentimento em Direito Penal – O consentimento presumido», *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, ano 14, nº 1 e 2, jan-julho de 2004, pp.134 e ss.

ANDRADE, Manuel da Costa – In *Comentário Conimbricense do Código Penal*, Tomo I, 2.^aed., anotação ao art. 134.º (dir. Jorge Figueiredo Dias). Coimbra: Coimbra Ed.,2012.

BRITO, António Lopes de/ RIJO, José Lopes – *Estudo jurídico da Eutanásia em Portugal. Direito sobre a Vida ou Direito a Viver*. Coimbra: Almedina, 2000.

BRITO, Teresa Quintela de (org.) – *Direito Penal. Parte Especial: Lições, estudos e casos*. Coimbra: Coimbra Ed.,2007.

CABRAL, Roque – *A propósito do que Hoje Vivemos – Reflexões sobre a realidade do nosso tempo*. Braga: Lucerna e Aletheia,2014. pp. 69-87.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes/ Moreira, Vital – *Constituição da República Portuguesa*, Anotada, I. Coimbra: Coimbra Ed., 2007.

CARNEIRO, António – «Cuidados Intensivos e Cuidados Paliativos». In *Bioética e Vulnerabilidade* (coord. Ana Sofia Carvalho). Coimbra: Almedina,2008. pp. 271 -286.

CASAL, Cláudia – *Homicídio Privilegiado por Compaixão*. Coimbra: Coimbra Ed.,2004.

COSTA, José de Faria – «O fim da vida e o Direito Penal». In *Liber Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias*. Coimbra: Coimbra Ed., 2003. pp. 778 e ss.

COSTA, José de Faria - «Vida e morte em Direito Penal», *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 2004, ano 14, pp.171-194.

COSTA, José de Faria / KINDHAUSER, Urs – *O Sentido e o Conteúdo do Bem Jurídico Vida Humana*. Coimbra: Coimbra Ed., 2013.

CUNHA, Maria da Conceição Ferreira da - «Das omissões lícitas no exercício da medicina». In *As Novas Questões em Torno da Vida e da Morte em Direito Penal. Uma Perspectiva Integrada* (org. José de Faria Costa e Inês Godinho). Coimbra: Wolters Kluwer/ Coimbra Ed.,2010. pp.79 e ss.

CUNHA, Maria da Conceição Ferreira da – *Os crimes Contra as Pessoas*. Porto: Universidade Católica Ed.,2017.

DIAS, Jorge de Figueiredo (Dir.) – *Comentário Conimbricense do Código Penal*, Tomo I, 2.^aed., Coimbra: Coimbra Ed.,2012.

GODINHO, Inês Fernandes – *Eutanásia, Homicídio a Pedido da Vítima e os Problemas de Participação em Direito Penal*. Coimbra: Coimbra Ed.,2015.

MIRANDA, Jorge/ MEDEIROS, Rui (org.) – *Constituição Portuguesa Anotada*, Tomo I. Coimbra: Coimbra Ed., 2005.

MONTE, Mário Ferreira - «Da relevância penal de aspectos onto-axiológico-normativos da eutanásia – Análise problemática». In *As Novas Questões em Torno da Vida e da Morte em Direito Penal. Uma Perspectiva Integrada* (org. José de Faria Costa e Inês Godinho). Coimbra: Wolters Kluwer/ Coimbra Ed.,2010. pp.305 e ss.

PEREIRA, André Gonçalo Dias - «Declarações antecipadas de vontade: meramente indicativas ou vinculativas?». In *As Novas Questões em Torno da Vida e da Morte em Direito Penal. Uma Perspectiva Integrada* (org. José de Faria Costa e Inês Godinho). Coimbra: Wolters Kluwer/ Coimbra Ed.,2010. pp.49 e ss.

RUEFF, Maria do Céu - «Leges artis, fim de vida, compaixão, direito penal». In *Emoções e Crime – Filosofia, Ciência, Arte e Direito Penal*, coord. Fernanda PALMA/ Augusto Silva DIAS/ Paulo Sousa MENDES. Coimbra: Almedina, 2013. pp. 183-201.

SANTOS, Alexandre Laureano – «Futilidade Terapêutica». In *Bioética e Vulnerabilidade* (coord. Ana Sofia Carvalho). Coimbra: Almedina, 2008.pp. 253 – 263.

SANTOS, Joana – *Reflexões Críticas sobre o Homicídio a Pedido da Vítima (art.134.º Código Penal)*, Dissertação de Mestrado em Direito Criminal, sob orientação de Conceição Ferreira da Cunha, Porto – Universidade Católica, 2015, in *Veritati*, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

SANTOS, Laura Ferreira dos – *Ajudas-me a morrer? A morte assistida na cultura ocidental do séc. XXI*. Rio de Janeiro: ed. Sextante, 2009.

PARECERES

Parecer sobre os aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o fim de vida (relator: Daniel SERRÃO) 11/CNECV/95.

Parecer sobre estado vegetativo persistente – 45/CNECV/05.

Parecer do CNEDM - *Soluções médicas para o fim da vida. Projetos de lei de suicídio assistido e de eutanásia*, (2018).

CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

LEGISLAÇÃO

Lei n.º 12/93, de 22/4, revista pela Lei n.º 22/2007, de 29/6 (sobre critério da morte).

DECRETO da AR n.º 109/XIV que “Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal”.

DECRETO da AR n.º 199/XIV que “Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal”.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

JURISPRUDÊNCIA

Acórdão do TC 123/2021 de 12/4.

DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - *Eutanásia e Suicídio Assistido* [Em linha].2016. [Consult. 16 de nov. 2021]. Lisboa: Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar – DILP [Coleção Temas, 60].: Disponível em WWW.:<URL: https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/Eutanasia_Suicidio_Assistido_1.pdf

GONÇALVES, Rafael Pereira – *A ajuda à morte e o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem* [Em linha], 2018. [Consult. 10 de jan. 2022]. Disponível em WWW.:<URL:<http://julgar.pt/a-ajuda-a-morte-e-o-tribunal-europeu-dos-direitos-do-homem/>

NUNES, Lucília /MADEIRA, Luís Duarte / SILVA, Sandra Horta e - *Suicídio ajudado e eutanásia [Morte provocada a pedido] — Terminologia e sistemática de argumentos.* [Em linha], 2018 [atualização janeiro de 2020]. [Consult. 16 de dez. 2021]. Working Paper, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Disponível em WWW.:<URL: <https://www.cnecv.pt/pt/publicacoes/estudos-tematicos/suicidioajudado-e-eutanasia-wp>

SÍTIOS NA INTERNET

MOREIRA, Vital - Não concordo (27): Sobre o veto presidencial da despenalização da eutanásia [Em linha]. 2021. [Consult. 20 de jan. 2022]. Disponível em WWW.:<URL:<https://causa-nossa.blogspot.com/2021/11/nao-concordo-27-sobre-o-veto.html>

SÍTIO OFICIAL DE INFORMAÇÃO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Presidente da República submete decreto da eutanásia ao Tribunal [Em linha]. 2021. [Consult. 5 de jan. 2022]. Disponível em WWW.:<URL: <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-aatualidade/2021/02/presidente-da-republica-submete-decreto-da-eutanasia-ao-tribunal-constitucional/>

SÍTIO OFICIAL DE INFORMAÇÃO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Presidente da República devolve, sem promulgação, decreto da Assembleia da República sobre morte medicamente assistida, envolvendo a eutanásia e o suicídio medicamente assistido [Em linha]. 2021. [Consult. 5 de jan. 2022]. Disponível em [WWW.:<URL:
https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2021/11/presidente-da-republica-devolve-sem-promulgacao-decreto-da-assembleia-da-republica-sobre-morte-medicamente-assistida/](https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2021/11/presidente-da-republica-devolve-sem-promulgacao-decreto-da-assembleia-da-republica-sobre-morte-medicamente-assistida/)