

Eutanásia: direito à vida e o direito de dispor da mesma

Tamára Jesus da Silva Fernandes

Dissertação de Mestrado em Direito

Especialização em Ciências Jurídico-Forenses

Orientação: Professora Dr.^a Ana Alfaiate

Coorientação: Professora Dr.^a Maria José Pinto da Costa

Janeiro, 2022



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.

Página Intencionalmente deixada em branco

Tamára Jesus da Silva Fernandes

Eutanásia: direito à vida e o direito de dispor da mesma

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Direito *especialização em Ciências Jurídico-Forense*, sob a orientação da Professora Doutora Dr.^a Ana Alfaiate e coorientação Professora Dr.^a Maria José Pinto da Costa

Departamento de Direito

Janeiro, 2022

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, os responsáveis pelo que sou, pela minha realização pessoa e profissional e pela vida feliz que sempre tive. O meu percurso académico e o meu sucesso em tudo o que fiz sempre foram a vossa prioridade, pondo sempre os meus interesses e os do meu irmão à frente de todos. O meu amor e respeito por vocês foi e sempre será incondicional.

Ao meu irmão, que apesar de muito diferente de mim sempre nos demos bem e superamos todas as “chatices”.

Ao meu companheiro, por toda a atenção e apoio que me tem dedicado neste percurso académico e que sempre me compreendeu e encorajou a nunca desistir de lutar pelos meus objetivos. Que o nosso amor nunca apague!

À minha amiga Joana, que foi uma grande surpresa – e boa! – desde o meu primeiro dia no Mestrado. Que sempre me ajudou quando precisei e nunca me deixou ficar mal em situação alguma. Que esta amizade seja eterna!

Por último, mas não menos importante, à minha ilustre orientadora Dr.^a Ana Alfaiate e à minha ilustre coorientadora Dr.^a Maria José Pinto da Costa, por terem aceite orientar a minha dissertação, pela atenção e apoio que sempre me transmitiram. Um especial obrigado à Dr.^a Maria José Pinto da Costa, por sempre estar disponível quando precisei e por ter paciência para me ouvir e encorajar ao longo deste meu percurso.

RESUMO

Até há pouco tempo o Direito à Vida – regulada no artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos e no artigo 24º da Constituição da República Portuguesa – era completamente inviolável, tentando-se com a progressão da medicina adiar a morte o mais possível e atenuar a dor e o sofrimento dos moribundos.

É sabido que hoje em dia a sociedade anseia por uma vida longa, mas vida essa sem dor e sem sofrimento, uma vida de qualidade, portanto é normal que nos nossos dias, em pleno século XXI, já se comece a debater se a pessoa não deverá ter o direito a decidir se dispõe ou não a sua vida (existem já vários projetos acerca da lei que despenaliza a eutanásia, sendo que o ultimo aprovado pelo Parlamento no dia 29 de Janeiro de 2021 está neste momento no Tribunal Constitucional para que este decida acerca da aprovação ou não da lei).

Neste trabalho começo por estudar a eutanásia, como esta apareceu e os diversos tipos existentes e as suas diferenças, distinguindo também esta com certas figuras próximas, mas diferenciadas, tal como o Testamento Vital (análise da Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho).

De seguida faço uma análise doutrinal face a diversos institutos: face à Constituição da República Portuguesa, face ao Ordenamento Penal e face a outros sistemas jurídicos onde é permitida a eutanásia, como o caso da Holanda, pioneira neste assunto, e onde faço também uma breve análise das Religiões Francófona e Flamenga do país da Bélgica (que seguiu o exemplo da Holanda), pois não fazia sentido falar acerca da eutanásia sem analisar também estes sistemas jurídicos onde estas práticas, além de estarem legisladas, são comuns e aceites pela sociedade, entre outros países igualmente relevantes para esta matéria.

Porém, importa também, além desta vertente jurídica, falar um pouco da vertente social, ética e religiosa, e é por isso que seguir-se-á um estudo destas questões, analisando a posição dos profissionais de saúde e da Religião Católica.

Por último, e uma vez que esta é uma realidade que está muito próxima nos dias de hoje, mencionamos e estudamos os últimos Projetos de Lei: Decreto n.º 109/XIV e Decreto n.º 199/XIV.

Com este trabalho pretendo discutir este tema, que apesar de já ser tão trabalhado, a verdade é que ainda continua a ser um tema controverso e tão atual.

Palavras-chave: Eutanásia; Direito Penal; Testamento Vital; Bem Jurídico Vida; Despenalização.

ABSTRACT

Recently, the Right to Life - regulated in article 3 of the Universal Declaration of Human Rights and in article 24 of the Constitution of the Portuguese Republic - was completely inviolable, with the advancement of medicine trying to postpone death as long as possible and attenuating the pain and suffering of the dying.

It is well known that today's society yearns for a long life, but a life without pain, without suffering, a quality life, so it is normal that nowadays, in the 21st century, we do not start to debate whether the person should Parliament have the right to decide whether or not to decide your life (there are already several projects about the law that decriminalizes euthanasia, the last one approved on January 29, 2021 is currently in the Constitutional Court so that it can be about about about whether or not to accept the law).

In this work, I start by studying euthanasia, how it appeared and the various existing types and how their differences, distinguishing these with certain close, but also different figures, such as the Living Will (analysis of Law n.º 25/2012, of 16) July).

Then, I make a doctrinal analysis against several institutes: against the Constitution of the Portuguese Republic, against the Criminal Order and against other legal systems where euthanasia is allowed, such as the case of Holland, a pioneer in this matter, and where I also make a brief of the Francophone and Flemish Religions of the country of Belgium (because they do not practice euthanasia without talking about the legal systems) where these too, in addition to being legislated, are common and these legal systems by society, among other countries equally relevant to this matter.

However, it is also important, in addition to this legal aspect, to talk a little about the social, ethical and religious aspects, and that is why a study of these issues will follow, analyzing the position of health professionals and the Catholic Religion.

Finally, and since this is a reality that is very close nowadays, we mention and study the latest Bills: Decree n.º 109/XIV and Decree n.º 199/XIV.

With this controversial and current topic, which despite being worked on, it still intends to be a controversial and current topics.

Keywords: Euthanasia; Criminal Law; Living Will; Legal Good: Life; Descriminalisation.

ÍNDICE

RESUMO:	iii
ABSTRACT:	iv
INTRODUÇÃO:	8
1. EUTANÁSIA	10
1.1. Seu conceito.....	10
1.2. Evolução histórica	12
1.3. Tipos de eutanásia.....	14
2. TESTAMENTO VITAL (DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE)	18
3. ANÁLISE DOCTRINAL	25
3.1. Face à Constituição da República Portuguesa	25
3.2. Face ao Ordenamento Penal	27
3.3. Face a outros sistemas jurídicos onde é permitida a eutanásia.....	30
3.3.1 Breve análise das Regiões Francófona e Flamenga	42
4. QUESTÕES ÉTICAS	47
4.1. Posição dos profissionais de saúde	47
4.2. Posição da Religião Católica	50
5. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA EUTANÁSIA	53
CONCLUSÃO:	63
BIBLIOGRAFIA:	65
ANEXOS:	69

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Análise aos Artigos 133.º, 134.º e 135.º do Código Penal	30
Quadro 2 - Prática de Eutanásia na Bélgica nos anos de 2014-2015.....	44
Quadro 3 - Prática de Eutanásia na Bélgica nos anos de 2016-2017	45
Quadro 4 - Prática de Eutanásia na Bélgica nos anos de 2018-2019.....	46
Quadro 5 - Análise dos pareceres de organizações da área da saúde relativos aos projetos de lei de regulação da morte medicamente assistida.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustração 1 - Número de notificações de eutanásia nos anos de 2017, 2018 e 2019.....	33
Ilustração 2 - Numero de declarações de eutanásia	35

INTRODUÇÃO

Atualmente temos uma controvérsia na nossa sociedade, que já vem de há muitos anos, relativamente à eutanásia, ao direito a morrer, que tem vindo a ser discutido e estudado muito amiúde pela ciência e pela jurisprudência. Aliás, é sabido entre nós, que Portugal tem passado os últimos anos a discutir a despenalização deste crime, que nos parece agora muito breve, com o Projeto Lei aprovado a 29 de Janeiro de 2021. Muitos são contra e invocam o Direito à Vida, mas com a evolução da medicina e do conhecimento geral muitos são a favor.

Sabemos e concordamos que o Direito à Vida é o valor máximo do nosso sistema jurídico, daí ser protegido pela Constituição da República Portuguesa, pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e pelo Código Penal.

Porém, temos, não desde há muito tempo, entre nós, o Testamento Vital, que é um documento, juridicamente válido, onde uma pessoa especifica se quer ou não receber tratamentos e, caso seja afirmativo, quais é que quer receber, no caso de padecer de uma incapacidade permanente e incurável ou de uma doença incurável. Dada à existência desta figura recente, muitas pessoas confundem-na com a eutanásia, daí acharmos importante definir e distinguir os dois conceitos, e explicar a evolução história de ambas.

Conhecemos vários países onde a eutanásia está prevista na lei, tais como a Holanda (país pioneiro nesta área), a Bélgica ou o Luxemburgo. Porém, para já, em Portugal, no nosso Direito Penal, esta prática é proibida (por exemplo, basta vermos os artigos 134º e 135º do Código Penal, “homicídio a pedido da vítima” e “incitamento ou ajuda ao suicídio” respetivamente que são ambos puníveis com pena de prisão).

É importante também analisarmos as questões éticas deste assunto, e tentarmos saber qual a posição dos médicos perante esta situação, e quais os critérios que eles consideram importantes para a prática da eutanásia. Aqui também vamos avaliar a posição que a Igreja Católica tem relativamente à Eutanásia, e quais os números de morte por eutanásia nas Religiões como a Francófona e a Flamenga, que são provenientes da Bélgica, onde já é permitida a eutanásia, para que possamos avaliar as diferenças entre estes dois sistemas.

Neste estudo tento avaliar se além do Direito à Vida não deveria existir um Direito à Morte, se uma pessoa não tem o direito a escolher se quer viver ou a dispor da vida (aqui temos o direito à autodeterminação, à liberdade e à dignidade humana previsto na Constituição da República Portuguesa), pois as pessoas vivem com medo de ficarem confinadas a uma cama, o que se torna muito doloroso para o doente que

sabe que não recuperará, nem terá melhoras e que passará os dias que lhe restam a ser “um peso” para a família.

Sendo possível uma “boa morte” uma morte digna e sem sofrimento, não será melhor uma pessoa poder optar por ela do que viver miseravelmente?

1. EUTANÁSIA

1.1. Seu conceito

As pessoas querem sempre a verdade, querem que as pessoas sejam verdadeiras com elas, sinceras nas suas conversas, mas apesar disso, a verdade é que, muitas das vezes, não aceitam a verdade, ou desconfiam dela. Podemos encontrar um exemplo no âmbito da saúde, quando os médicos dizem que a pessoa tem apenas 4 meses de vida, mas a mesma vive mais 1 ou 2 anos.

Faz parte da nossa estrutura psicológica o desejo de conhecer, queremos sempre saber o que está além daquilo que estamos a ver, queremos saber as coisas e confirmar, mas mesmo assim desconfiamos delas. Contudo, sabemos que para conseguirmos cooperar uns com os outros temos que confiar no que a outra pessoa nos diz.

Referindo novamente o âmbito da saúde, na relação entre os profissionais e os doentes temos uma outra responsabilidade, uma responsabilidade que tem que ser assente na confiança, pois quando há procedimentos médicos o médico tem que explicar a situação e ser sincero no seu discurso e tem que obter a autorização do doente, mas o doente só pode decidir¹ (um dos princípios da dignidade humana é a autonomia da pessoa) com base no discurso do médico.

Posto isto, já foram os tempos em que existia uma enorme confusão terminológica acerca do tema da eutanásia. Hoje em dia já existe consenso acerca do significado que atribuímos à eutanásia e este já é melhor compreendido entre as pessoas. Então o que é a eutanásia? É quando uma pessoa solicita a outra que esta a mate, e esta última consente a esse pedido.

É importante referir aqui que a eutanásia é diferente da morte “misericordiosa”, pois esta última é quando alguém mata alguém por compaixão, por pena, para terminar com o sofrimento dessa pessoa com quem tem uma ligação afetiva, sem que a pessoa lhe tenha pedido para praticar o ato, portanto, trata-se de um homicídio, homicídio este que a lei reconhece circunstâncias atenuantes.

Sem o pedido do próprio não existe eutanásia, o pedido para a sua própria morte é um requisito fundamental para que possamos falar de eutanásia e, para além deste, outro requisito fundamental é que o mesmo seja feito por pessoa consciente, repetidamente.

¹ Só posso decidir se estiver bem informada, porque quando me dão uma informação o que se tem em conta é aquilo que eu retirei dela, aquilo que interpretei dela, portanto, só apenas bem informada é que posso decidir “corretamente”. Aliás, podemos encontrar fundamento de tal na Lei Portuguesa: art.37º, n.º 1 da CRP;

Esses pedidos, apesar de raros, existem, e muitas das vezes não por motivos médicos, mas sim por motivos pessoais tais como não querer ser um fardo para a família nem sobrecarregá-la, dificuldades financeiras devido à doença de que padecem e seu tratamento, perda de autonomia e da capacidade intelectual, perda gradual da imagem corporal, e muitos outros. Portanto, quem trata este tipo de doentes não deve ignorar o seu pedido ou ridicularizá-lo, mas sim tentar dialogar com o doente. Sendo que estes pedidos são muitas das vezes retirados, após as pessoas se comprometerem a acompanhar o doente e de lhe prestar os devidos cuidados, não deixando que ele sofra, pois muitas das vezes estes pedidos são, na verdade, apelos de ajuda.

Nos países de cultura jurídica anglo-saxónica, casos similares vão parar aos Tribunais onde os juízes ou jurados têm que decidir se a pessoa morre ou não e isto ultrapassa, em muito, as suas competências².

Quando é que falamos de eutanásia ativa e eutanásia passiva? Ativa é quando esta é realizada por uma intervenção ativa de quem a pratica, como por exemplo, uma injeção letal ou medicamentos letais; passiva é quando a morte é causada por eliminação de um suporte que seja indispensável à manutenção da vida, como por exemplo respiração assistida, tubo de alimentação e hidratação. Todavia, do ponto de vista ético, não existe diferença entre eutanásia ativa e passiva, pois ambas são a provocação voluntária da morte, mas infra iremos debater melhor os tipos existentes de eutanásia.

Diferente é o problema da sedação terminal, pois esta torna o doente inconsciente, porém é apenas administrada quando o médico o indicia por diversos motivos: por o paciente ter convulsões repetidamente ou dores e agitação continua, todavia, esta medida vai encurtar a vida do paciente. Aqui o objetivo não é a morte do paciente como acontece com a eutanásia, mas sim excluir sintomas graves, dando qualidade aos dias de vida que restam do doente, o que torna esta medida já eticamente correta ao contrário do que acontece com a eutanásia.

Outro assunto que gera confusão e más interpretações e conflitos é o caso da suspensão ou não adoção de meios não apropriados em doentes terminais, ou seja, quando o prognóstico do doente é mau e já restam poucos dias de vida, os médicos tentam melhorar a sua qualidade de vida e o seu conforto para que os seus últimos dias de vida sejam relativamente bons, e não tentam instrumentos nem tecnologias

² Temos o caso de Theresa Marie Schindler-Schiavo, que em 25 de Fevereiro de 1990, sofreu uma paragem cardíaca, ficando mais tarde em coma profundo. Perante esta situação, e contra a vontade dos pais de Theresa, o seu marido, Michael, em 1998, entrou com uma petição na Corte da Flórida para remover o tubo de alimentação. Após vários anos de batalha jurídica, o tubo de alimentação acabou por ser removido definitivamente o que conduziu Theresa à morte no prazo de alguns dias. Na verdade, Theresa nunca tinha manifestado qualquer vontade de pedir ou desejar a eutanásia, porém, sucedeu o que sucedeu. Podemos falar aqui, talvez, de homicídio por razões humanitárias.

que apenas vão diminuir a qualidade de vida do doentes e que no fundo são fúteis, só porque a família assim o quer. “Deixar morrer não é matar”.

1.2. Evolução histórica

Foi na Alemanha, fins de século XIX e inícios de século XX, que foram publicados dois livros que influenciaram e com títulos análogos: “O Direito à Morte”, de Adolf Joost (1895) e de E. Rupp (1913). Nos anos 20, fica muito famoso o livro “A autorização para a destruição de vidas indignas de ser vividas”, dos Professores Binding e Hoche, jurista e psiquiatra respetivamente, onde a eutanásia voluntária é defendida, mas abre-se aqui uma oportunidade para a eutanásia involuntária, optando como alvos os dementes ou incapazes, que são um fardo para a sociedade e que, portanto, devem ser extintos.

Mais tarde, o nazismo aproveitou-se desta ideia, mas adequou-a aos seus objetivos, alargando os alvos para um vasto leque, onde para além dos dementes, faziam parte as prostitutas, vagabundos, homossexuais, judeus e ciganos.

Foi após o nascimento de um recém-nascido cego e deformado, em 1938, que se iniciou o sacrifício de crianças que se considerassem anormais³.

Uruguai foi o primeiro país a legislar a eutanásia, antigamente denominado de “homicídio piedoso”, em 1934, despenalizando-o sob certas condições, em que uma delas era, conforme estava expresso na lei, “suplicas reiteradas”.

Em 1941 foi suspenso um programa que teve início em 1939 em que submetiam a gases tóxicos adultos com doenças incuráveis, graças aos protestos das igrejas católicas e protestantes, de alguns médicos, psiquiatras e militares de alta patente. Porém há quem diga que tal prática tenha sido suspensa porque era necessário concentrar todos os esforços no genocídio que começou a existir nos campos de extermínio. Foi uma época de catástrofe bíblica, pois pensavam que se até os jovens soldados morriam e eram saudáveis, então era aceitável matar indivíduos que consideravam ser indignos de viver.

Após a Segunda Guerra Mundial, alguns dos responsáveis por estes crimes atrozes foram perseguidos e julgados e a opinião pública mundial perdeu o interesse pela eutanásia.

A experiência mostra que a tendência é para a vulgarização do que inicialmente se considerava como excepcional⁴.

³ Estima-se em 5000 a 10 000 crianças assassinadas, até 1941.

⁴ Vejamos o exemplo da pílula que antes era utilizada apenas para regular o período menstrual e que mais tarde se viu a ser utilizada também como anticoncepcional sem que a lei fosse alterada.

Em 2002 legalizou-se a eutanásia na Holanda, porém, neste país, apesar de apenas a eutanásia voluntária estar prevista na lei, a verdade é que na prática o que se tem é a eutanásia involuntária, bastando ao Tribunal declarações de familiares ou vizinhos do doente em como este declarara a sua vontade de pedir a eutanásia antes de estar inconscientes, ou declarações em que vêm dizer que conhecendo o doente como conhecem, se ele tivesse consciente de certeza que optaria pela eutanásia. Em suma, a maioria das mortes por eutanásia, na Holanda, ocorre sem nenhum pedido formal de eutanásia, isto é, são mortes involuntárias, e talvez seja por isso que mais nenhum país seguiu o exemplo da Holanda, além da Bélgica. Infra iremos debater a eutanásia noutros países, inclusive na Holanda e na Bélgica.

Em 2012, em Portugal, formalizou-se a expressão “diretivas antecipadas de vontade” e seguiu-se os “desejos previamente expressos”, conforme constava no artigo 9º da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, e que diz respeito às instruções que uma pessoa manifesta previamente, relativamente ao que recusa ou deseja, no caso de não vir a poder tomar decisões por si só, a exprimir-se, relativamente aos cuidados futuros.

Isto começou nos Estados Unidos da América, em 1969, por Louis Kutner, que sugeriu a ideia de formular um documento⁵ onde os doentes expressavam as suas vontades de cuidados de saúde, isto é, indicavam, neste testemunho, as suas crenças religiosas e outras relativamente a cuidados de saúde, onde constava que os profissionais de saúde ficariam protegidos nas suas decisões de intervenções. O primeiro documento deste tipo a ser legalizado nos Estados Unidos da América⁶ foi decretado pelo Estado da Califórnia em 1976 o que deu origem a muitas outras leis semelhantes nos vários estados dos EUA, originando numa lei federal promulgada em 1991, denominada de “Patient Self Determination Act”. Isto surgiu a partir da lei inicial, onde era reconhecido o direito a uma pessoa adulta a recusar suporte de vida quando se encontrasse na fase final da sua vida e, mais tarde, o direito de recusa passou a ser o de quaisquer cuidados.

Muitos que defendem a eutanásia, já não utilizam a dor insuportável como justificação, uma vez que esta já pode ser atenuada por fármacos, graças aos progressos da terapia; ao invés utilizam, para defesa desta prática, a autonomia, isto é, cada pessoa tem o direito de fazer o que quiser com a sua vida, ou seja, tem o direito de morrer quando e como quiser.

⁵ Utilizou-se o termo “*living will*”.

⁶ Apenas alguma parte da população norte-americana aderiram a isto e têm formuladas diretivas antecipadas, porém, estas são muito vagas.

1.3. Tipos de eutanásia

O termo “eutanásia” significa “boa morte”, isto é, é uma morte sem sofrimento e sem dor, com o objetivo de pôr termo a uma vida de sofrimento. Tanto velhos como novos podem desejar morrer, pois quando o sofrimento é tanto e não é passageiro, todos podemos desejar morrer. E não temos esse direito? O direito de escolher morrer?

Infra explico alguns modelos existentes de eutanásia e é aqui que vamos encontrar a incerteza do conceito. Podemos encontrar a eutanásia em diversas situações e podemos classifica-la de diversas formas.

- Eutanásia Passiva

A eutanásia passiva é quando o médico omite os meios apropriados para alongar a vida de um paciente que vai acabar por falecer ou quando interrompe o tratamento desse mesmo doente, como por exemplo, interrompe a ventilação artificial ou abdica se fazer uma intervenção cirúrgica que vai prolongar a vida do doente.

Deve compreender-se por ajuda à eutanásia passiva a não realização ou interrupção de um tratamento ou o não internamento nos cuidados intensivos, por exemplo, do doente, que leva a um encurtamento do tempo de vida que podia ser prolongado artificialmente. Esta omissão por parte do médico pode ser considerada um tipo ilícito de homicídio?

Para responder a essa questão podemos distinguir três efeitos do tratamento jurídico:

- Recusa por parte do paciente de uma intervenção ou continuação de um tratamento – aqui o paciente é que decide e a sua vontade tem que ser respeitada, é uma vontade decisiva mesmo que irrefletida. A situação jurídica é bastante clara nestes casos, é lógico que qualquer omissão ou interrupção de um tratamento não consubstanciam um crime por homicídio. Neste caso o contrário é que é crime, isto é, se o médico continuar com o tratamento mesmo após o doente dizer que o quer interromper e o fizer contra a vontade deste, então está perante uma prática de crime que vem previsto no artigo 156º do Código Penal⁷ (crime de intervenções médico-cirúrgicas);
- Pacientes que tentaram o suicídio – a vontade do suicida deve ser respeitada, todavia, deve o médico apresentar motivos para que o doente reflita e pondere o suicídio e se isso é algo que ele realmente deseja. O médico em

⁷ Em virtude deste artigo os médicos ou pessoa legalmente autorizada, que realizem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.

casos destes deve tentar salvar o suicida, mas não pode nunca coagir o suicida a não retirar a sua própria vida;

- Descontinuação de tratamentos por vontade do paciente, tais como desligar a máquina de respiração assistida⁸ – na opinião de Figueiredo Dias a conduta do médico que desliga a máquina de respiração assistida, por exemplo, deve ser considerada jurídico-penalmente uma omissão, omissão esta que vem da vontade expressa do doente o que não leva à incriminação plasmada no art. 134º do CP. Sintetizando, se a omissão provier da vontade livre, clara e expressa do doente é impune.

Há uma situação acerca da qual encontramos posições unânimes, que é nos casos em que os doentes estão já numa situação em que não se podem expressar e manifestar a sua vontade e nestes casos pode, o médico, interromper tratamentos que se revelem inúteis, sem sequer saber ou tentar saber qual seria a vontade do doente nestes casos.

Figueiredo Dias⁹ entende que se deve averiguar ao máximo qual seria a vontade presumida do doente, sendo pertinente ter em conta os testamentos vitais ou diretivas antecipadas da vontade. Caso estas não existam deve ter-se em consideração manifestações prévias, sejam elas orais, escritas, convicções religiosas e crenças, valores pessoais. Caso, mesmo assim, ainda persistam dúvidas quando há vontade do doente, então a vida humana prevalece (*in dubio pro vita*).

Sintetizando, nos dias de hoje, é o paciente que exige os seus direitos e que toma decisões juntamente com o médico. O dever que o médico tem de salvar vidas não é uma obrigação, não tem que as salvar a qualquer custo, mas sim tem que garantir a dignidade do doente.

- Eutanásia Ativa Direta

A evolução da ciência médica tem prolongado a vida, curado doenças, diminuído a taxa de mortalidade, aliviado a dor, entre outras coisas, mas temos que pensar que graças a tudo isto temos, muitas das vezes, pessoas em estado vegetativo e com danos cerebrais gravíssimos que se encontram ligadas a respiradores e tubos de alimentação durante longos anos. Nestes casos pondera-se se existe a possibilidade de haver dispensa de pena por estado de necessidade desculpante, regulada no artigo 35º do CP, caso o médico administre fármacos ao doente que se encontra num estado terminal e em sofrimento desapiedado. Considera-se que existe este estado

⁸ ARAÚJO, Maria Daniela Teixeira, Dissertação: "EUTANÁSIA: uma dor silenciosa?", Universidade de Coimbra Faculdade de Direito, 2013.

⁹ O mesmo autor sugere que se crie um registo nacional dessas mesmas diretivas antecipadas e testamentos, porque compreende que as mesmas servem como fortes indícios das vontades dos declarantes.

desculpante nos casos em que seja efetuado um pedido sério, claro e expresso do doente, para tal prática, uma vez que devemos ter em atenção a autodeterminação do doente e o respeito pelo seu pedido.

Portanto, apesar de o facto de se administrar fármacos ao doente com o propósito de encurtar o período de vida do mesmo ser considerado um crime de homicídio, mesmo que o façam para por termo ao sofrimento do doente, podemos considerar que existe o estado de necessidade desculpante.

Temos a prática da eutanásia ativa quando há uma intervenção ativa que origina ou antecipa a morte, por exemplo, nos casos em que se administra uma injeção letal ou fármacos que originem a antecipação da morte.

Em Portugal esta prática é considerada crime e a sua conduta é punida a título de homicídio, que vem previsto no artigo 134.º do CP.

A eutanásia ativa direta é um tema muito complexo:

- os opositores entendem que relativamente aos doentes que suplicam a morte, esse seu desejo desaparece se a terapia aplicada for eficiente contra a dor e se existir compreensão humana e afeto por parte dos médicos e familiares. Defendem que estes fatores vão contribuir para o desaparecimento da vontade de morrer antecipadamente. Todavia o desejo de morrer é compreensível, pois ainda não é possível controlar todas as situações de sofrimento.
- para Claus Roxin é legítimo praticar a eutanásia ativa, quando o doente tem uma doença terminal e sofre com graves dores e sofrimentos e pretende morrer, mas não tem condições de pôr fim à sua vida nem de se livrar, de alguma forma, dessas dores e sofrimentos.
- Jakobs entende que se o desejo de morrer do interessado for racional, deve o seu direito à autodeterminação ser respeitado na eutanásia ativa exatamente como na eutanásia indireta ou passiva.¹⁰
- Herzber e Merkel estendem à eutanásia ativa o modelo de eutanásia indireta, e optam por aplicar um estado de necessidade justificante, achando que esta é a forma de eliminar o sofrimento quando não existir outra alternativa.¹¹
- Hoerster propõe que se faça algo novo afirmando que o médico não atua ilicitamente se praticar a eutanásia num doente que esteja num estado terminal e que sofre gravemente, e que deseje, este último, expressamente a

¹⁰ ROXIN, Claus, "Estudos de Direito Penal", traduzido por Luís Greco, Biblioteca do Tribunal de Justiça (Palácio de Justiça), 2006, pp. 226

¹¹ *Idem.*

sua vontade de morrer. Tem que, esta vontade, uma vontade ponderada, consciente e madura, em pleno uso das suas faculdades mentais e perfeitamente consciente da sua situação.¹²

Devemos, portanto, no caso da eutanásia ativa direta, orientar o direito, na medida em que, mesmo estando cientes de que se trata da morte de uma pessoa, deve esta ser tolerada no caso de a pessoa em questão ter uma doença terminal e estar em sofrimento insuportável.

- Eutanásia Ativa Indireta

Trata-se, a eutanásia ativa indireta, daquelas situações em que se dá fármacos ao doente para aliviar dores insuportáveis que este tem, porém, esses fármacos vão originar um encurtamento do tempo de vida. Este comportamento, esta ação, é lícita.

Podemos dar como exemplo a administração de algo que é muito frequente que são doses de morfina, que ajudam os doentes a suportarem as dores, mas têm como consequência o encurtamento da vida do doente, apressa a morte. Este é um ato que o médico pratica conscientemente.

Este tipo de eutanásia é o mais adequado e aceite pela sociedade. É o que provoca menos problemas quer a nível ético quer a nível deontológico. É lícita nos termos em que apenas é praticada com a vontade expressa do doente ou, não sendo esta possível, na vontade presumida do doente, que podemos apurar com manifestações anteriores ou a sua dificuldade em suportar a dor.

Podemos encontrar este tipo de eutanásia muito frequentemente nos casos de cancro, por exemplo, nos quais o doente se vê em situações muito dolorosas e para atenuar essas situações o médico aplica meios que apesar de serem eficazes no combate à dor, encurtam a vida do doente, ou seja, aceleram a morte. O médico procura oferecer ao doente um resto de vida menos dolorosa e uma morte mais pacífica.

Podemos dizer que existe aqui um conflito de interesses, pois por um lado pretende-se valorizar a vida e esta é que deve prevalecer, mas por outro subsiste o propósito de diminuir as dores e o sofrimento, mesmo que isso diminua o tempo de vida.

“A conduta do médico nestas situações, apresenta-se como justificável, pois fica excluída a ilicitude do facto, sendo a intenção e propósito minorara as dores insuportáveis do doente.”¹³

¹² ROXIN, Claus, “Estudos de Direito Penal”, traduzido por Luís Greco, Biblioteca do Tribunal de Justiça (Palácio de Justiça), 2006, pp. 227 e 228.

¹³ ARAÚJO, Maria Daniela Teixeira, Dissertação: “EUTANÁSIA: uma dor silenciosa?”, Universidade de Coimbra Faculdade de Direito, 2013, pp.12

2. TESTAMENTO VITAL (DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE)

O que é o Testamento Vital? É uma das espécies das chamadas diretivas antecipadas da vontade¹⁴, que são utilizadas por doentes terminais, acerca dos quais nenhum tratamento levará à sua cura, apenas adiam a sua morte.

Todavia, importa aqui primeiro fazer um apanhado do que é a figura “Testamento” para depois podermos falar de Testamento Vital. A figura do Testamento vem contemplada no artigo 2179.º do Código Civil:

“1. Diz-se testamento o acto unilateral e revogável pelo qual uma pessoa dispõe, para depois da morte, de todos os seus bens ou de parte deles.

2. As disposições de carácter não patrimonial que a lei permite inserir no testamento são válidas se fizerem parte de um acto revestido de forma testamentária, ainda que não figurem disposições de carácter patrimonial.”

Isto é, o testamento tradicional, o chamado de testamento sucessório, é um ato jurídico unilateral, pessoal, gratuito e revogável, que pode versar tanto no âmbito patrimonial como no extrapatrimonial¹⁶ e que produzirá efeitos apenas após a morte do testador.

Diferentemente, o testamento vital, apesar de ser um negócio unilateral, pessoal e revogável, realizado por pessoa capaz, exatamente como o sucessório, este tem eficácia *ante mortem*, ou seja, quando o testador ainda estiver com vida, mas incapaz de exteriorizar a sua vontade acerca de cuidados médicos que quererá ou não receber. Este testamento prevalece sobre qualquer manifestação de vontade provinda de terceiro.

A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho¹⁷ regula as diretivas antecipadas de vontade, nomeadamente sob a forma de Testamento Vital e a nomeação de Procurador de Cuidados de Saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital.

Em **Portugal**, as primeiras alusões surgiram em 1995, num parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida acerca de aspetos éticos relacionados entre cuidados de saúde e o final de vida. Isto é, existia uma certa dificuldade de fazer

¹⁴ Surgiram com o objetivo de respeitar a autonomia do paciente e garantir o direito à sua morte digna. A primeira legislação que se tenha conhecimento que tenha versado sobre o tema foi a “Natural Death Act”, datada de 1977. Porém, foi a “Patient Self-Determination Act” que estudou o tema mais detalhadamente e, por isso, é utilizada como referência mundial.

Estas consistem na manifestação de vontade do doente, que esteja ainda capaz de o fazer, acerca de tratamentos médicos aos quais venha a ser submetido.

¹⁵ Em Anexo podemos encontrar o formulário respetivo: “Diretiva Antecipada de Vontade (DAV)”.

¹⁶ Ou seja, é permitido incluir nos testamentos disposições que digam respeito a perfilhação, designação de tutor, confissão, entre outras – artigos 358.º, n.º 4; 1853.º, alínea b); 1928.º, n.º 3; 2038.º, n.º 1, todos do Código Civil.

¹⁷ Apenas tínhamos o artigo 9.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem e a Biomedicina, que se constou ser muito vaga, pois o médico, nestes casos, apenas tinha que ter em conta a vontade do doente e não tendo nenhuma obrigação de obedecer a esta vontade

uma análise ética da situação onde se questionava a vontade do doente e a informação que era dada e na qual era fundamentada essa vontade. Após 10 anos, em 2005, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, através de diretivas prévias dos provedores de cuidados de saúde, faz uma nova referência a diversas alternativas disponíveis para o paciente poder expressar antecipadamente a sua vontade, através de diretivas prévias.

Entretanto houveram mais quatro projetos de diplomas que foram apresentados, entre 2009 e 2011, que resultaram na aprovação da Lei 25/2012, de 16 de julho¹⁸, que regulou as diretivas antecipadas de vontade, sob a forma de testamento vital e criou o RENTEV (Registo Nacional do Testamento Vital), que hoje são definidas como:

“(...) documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, na 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.”¹⁹

Neste documento as disposições ali presentes têm que expressar a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente:

- a) *“a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;*
- b) *Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;²⁰*
- c) *Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;*
- d) *Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;*
- e) *Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.”*

Podemos encontrara estas alíneas mais detalhadas no texto-modelo que foi disponibilizado para Portugal, na Portaria n.º 104/2014, de 15 de maio, e no qual pode, o subscritor, escolher uma ou mais hipóteses expressas ou acrescentar outras condições que ache necessárias.

¹⁸ De acordo com o artigo 3º da Lei, este documento é escrito, assinado presencialmente perante funcionário do RENTEV ou notário e deve constar a identificação, as situações clínicas em que as diretivas produzem efeitos, s instruções relativas a cuidados de saúde que o outorgante deseja ou não receber e as declarações de renovação, alteração ou revogação das diretivas, caso existam. Este artigo refere também que existe um modelo facultado, que pode ou não ser utilizado, e que este documento pode ou não ser realizado com a colaboração de um médico.

¹⁹ Artigo 2º da Lei 25/2012, de 16 de julho.

²⁰ A pessoa não sofre mais? Ela pode sentir dores corporais e desconforto e não sabemos. Pode ser considerado pior que a eutanásia!

Este documento é válido por um período de cinco anos, sendo que pode ser renovado ou modificado, no seu todo ou em parte e em qualquer momento. Salvaguardou-se o direito de objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde e à não discriminação àqueles que decidam aderir ao Testamento Vital²¹. Passámos, então, a ter dois registos individuais, nacionais, ligados à saúde:

- RENNDA (Registo Nacional de Não-Dadores, onde constam as pessoas que se opõem à dávida de órgãos ou tecidos. Neste caso pressupõe-se que todos os cidadãos portugueses são dadores de órgãos e, para não o serem, têm que se registar nesta plataforma;
- RENTEV, onde constam as pessoas que declaram antecipadamente a sua vontade quanto a cuidados de saúde relativos ao fim de vida.

Em relação às diretivas antecipadas de vontade encontramos no artigo 5.º da Lei 25/2012, de 16 de julho, os limites das mesmas:

“São juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito, as diretivas antecipadas de vontade:

- a) Que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas;*
- b) Cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos artigos 134.º e 135.º do Código Penal;*
- c) Em que o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade.”*

Em relação à alínea a) do artigo supra mencionado, esta tem três limites nela expressos, sendo que dois deles, mais concretamente, os dois primeiros, resultam do artigo 280.º do Código Civil e o ultimo refere-se às “legis artis”²². No que concerne à legis artis o conceito desta “pode ser delineado como sendo um conjunto de regras científicas e técnicas e princípios profissionais que o médico tem a obrigação de conhecer e utilizar tendo em conta o estado da ciência e o estado concreto do doente. Trata-se de um critério valorativo de um ato clínico praticado por um médico”.²³ Os profissionais de saúde têm o dever de esclarecer o paciente para que este possa decidir por si próprio e saiba acerca do que é que está a decidir e as suas consequências. Caso não exista este cuidado por parte dos médicos, não informando estes devidamente os pacientes, isso justificará a eventual anulação da vontade de

²¹ Temos que nos lembrar sempre que o Testamento Vital tem uma natureza meramente indiciativa e não vinculativa, pois se fosse esta última hipótese, teríamos imensos conflitos, por exemplo, o médico se fizesse exatamente o que está no Testamento Vital, tal como não fazer diálise numa insuficiência renal passageira, seria legal, porém, estaria ao mesmo tempo a faltar à sua obrigação, enquanto médico, de salvar o doente e restituí-lo a uma vida de qualidade, o que poderia levar a um processo por não cumprimento do dever de assistência.

²² Significado: regras da arte.

²³ Crf. Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 16.12.2015, Relator: Rui Gonçalves.

viver (“*living will*”). Aliás, este princípio vem consagrado no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, mais propriamente no seu artigo 44.º, n.º 1, que refere que “o doente tem o direito a receber e o médico o dever de prestar o esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença”, e “o esclarecimento deve ser prestado previamente e incidir sobre os aspectos relevantes de actos e práticas, dos seus objectivos e consequências funcionais, permitindo que o doente possa consentir em consciência” (n.º 2).

Relativamente à alínea b) supra mencionada importa aqui referir o artigo 57.º, n.º 2 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, o qual pune os médicos que provocarem ativamente a morte do doente.

No que diz respeito à alínea c) supra mencionada importa aqui referir o n.º 2 do artigo 2.º da Lei n.º 25/2012, 16 de julho, que refere que “*podem constar do documento de diretivas antecipadas de vontade as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante...*”. A vontade do doente tem que ser clara, expressa e inequívoca sob pena de ser considerado nulo.

Podemos aqui fazer uma breve análise do Testamento Vital à Luz do Código Penal Português e começar por analisar o artigo 149.^{o24} do Código Penal. Este artigo o que nos vem dizer é que as ofensas corporais dolosas ou negligentes são justificadas pelo consentimento e por causa disso exclui-se a ilicitude.

Encontramos também no número 1 do artigo 150.º do Código Penal as intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos que não se consideram ofensa à integridade física, isto é, caso o médico ou pessoa autorizada intervenha com finalidade de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, realizada nos termos da legis artis²⁵, não se consideram ofensa à integridade física, ou seja, não se consideram crime.

O consentimento aqui é pertinente quando a intervenção médica não é realizada de acordo com a legis artis, com a exceção de que as lesões causadas não sejam graves e irreversíveis.

²⁴ “Artigo 149º - Consentimento:

1 – Para efeito de consentimento a integridade física considera-se livremente disponível.

2 – Para decidir se a ofensa ao corpo ou à saúde contraria os bons costumes tomam-se em conta, nomeadamente, os motivos e os fins do agente ou do ofendido, bem como meios empregados e a amplitude previsível da ofensa.

3 – O consentimento da vítima do crime previsto no artigo 144.º-A não exclui em caso algum a ilicitude do facto.”

²⁵ “V – O conceito de *leges artis* pode ser delineado como sendo um conjunto de regras científicas e técnicas e princípios profissionais que o médico tem a obrigação de conhecer e utilizar tendo em conta o estado da ciência e o estado concreto do doente. Trata-se de um critério valorativo de um ato clínico praticado por um médico” – Acórdão do TRL de 16.12.2015, Relator: Rui Gonçalves.

Porém, temos que ter em atenção o que nos refere o artigo 156.º do Código Penal, pois de acordo com este artigo caso não exista consentimento por parte do doente a intervenção que vem mencionada no artigo 150.º do Código Penal é punível.

Resumindo, se se violar a “legis atis”, mesmo que seja uma intervenção médico-cirúrgica, a mesma é ilícita e constitui crime de ofensa à integridade física, ainda que admita consentimento.

Relativamente ao consentimento este é prestado pelo próprio doente²⁶, sendo que caso este seja menor ou incapaz quem presta o consentimento é o seu representante legal²⁷. Todavia, caso o doente tenha exprimido a sua vontade no Testamento Vital é esta sua vontade que prevalece e não o eventual consentimento que o representante legal vier a prestar.

O dever de garante que versa sobre o médico cessa quando existe recusa livre e esclarecida do consentimento, mesmo quando esta é prejudicial para o doente.²⁸

Em relação ao dever de esclarecimento este vem previsto no artigo 157.º do Código Penal:

“Para efeito do disposto no artigo anterior, o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica.”

Isto é, de acordo com o artigo mencionado supra, o dever de esclarecimento deve abranger o diagnóstico, a índole, alcance e envergadura e as consequências quer elas sejam negativas ou positivas. Deve, portanto, o doente avaliar se aquela concreta intervenção vai ser vantajosa para ele relativamente a outros tratamentos ou intervenções que existam.

Este dever de esclarecimento deve ser prestado ao doente ou caso este seja menor ou incapaz, ao seu representante legal. Porém, pode o doente recusar este direito que possui, mas tem que o fazer expressamente.

Após esta breve introdução o que nos importa aqui falar, na verdade é do testamento vital e da eutanásia e como é que estes dois se confundem, saber qual é a fronteira que existe entre estas duas figuras.

Ultimamente, e mais do que nunca, tem-se discutido a eutanásia como uma hipótese de encurtar a vida a doentes com doenças terminais e sem probabilidade de cura, devido ao sofrimento que estas lhes causam e com que se debatem diariamente.

²⁶ Tem que ser um doente que esteja em fase terminal, que tenha uma doença incurável. Tem que o fazer, prestar o consentimento, enquanto mantiver o discernimento para compreender o sentido e alcance da intervenção.

²⁷ O Tribunal pode intervir e suprir o consentimento do representante legal caso este recuse um tratamento que se mostre indispensável para salvar a vida do menor ou incapaz.

²⁸ O mesmo acontece no caso do suicida que recusa o consentimento livre e conscientemente, mesmo após uma tentativa falhada de suicídio – cfr. dissertação “O Testamento Vital” de Vanessa Alexandra de Almeida Santos da Conceição.

Porquê que este tema é bastante discutido? Porque, por um lado, há quem defenda a autonomia do doente, que este tem direito à auto-determinação, isto é, de escolher morrer ao invés de viver se assim o preferir, e de pedir que essa morte seja praticada por outra pessoa que não ele; por outro lado, temos os que são contra a prática da eutanásia, pois consideram que escolher morrer ao invés de viver é irracional, e defendem, ainda, que caso se admita esta prática que ela pode levar a casos em que os doentes não a tenham realmente solicitado, mas a sua prática é levada a cabo na mesma. Como podemos perceber este é um problema muito discutido, controverso e presente nos nossos dias para o qual o Direito não consegue encontrar uma resposta.

Embora já se tenha discutido aqui os vários tipos de eutanásia importa relembrar neste capítulo que são três: a eutanásia ativa direta, a eutanásia ativa indireta e a eutanásia passiva. Podemos enquadrar a primeira no artigo 134.º do Código Penal²⁹ referente ao Homicídio a Pedido da Vítima. Em relação à eutanásia ativa indireta podemos considerar esta licita, dependendo da intenção do agente e dos meios que este utiliza. A eutanásia passiva é admitida pela sociedade, desde que o doente sobre o qual é praticada esteja em estado terminal e a sua doença seja irreversível.

Se lermos o artigo 47.º, n.º 2³⁰ do Código Deontológico da Ordem dos Médicos podemos reparar que este considera a eutanásia como uma “falta deontológica grave”, porém, já no n.º 4 do mesmo artigo refere que *“Não é também considerado Eutanásia, para efeitos do presente artigo, a abstenção de qualquer terapêutica não iniciada, quando tal resulte de opção livre e consciente do doente ou do seu representante legal, salvo o disposto no artigo 37.º, n.º 1”*.

Também no artigo 49.º desta Lei:

“Em caso de doença comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o Médico evitar obstinação terapêutica sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição ao mesmo de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de Ser humano.”

Como já foi aqui estudado o Testamento Vital surge no ordenamento jurídico português após a entrada em vigor da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, e é um documento que recusa o consentimento para as intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos e caso isso seja menosprezado os médicos podem incorrer no crime do artigo 156.º do Código Penal já brevemente estudado.

²⁹ O crime aqui contemplado é punido com pena de prisão até três anos. O pedido tem de ser sério, instantâneo e expresso.

³⁰ *“Artigo 47.º - Princípio Geral:
2. Constituem falta deontológica grave quer a prática do aborto que a prática da eutanásia.”*

Se repararmos, podemos encontrar a importância do Testamento Vital³¹ no já referido artigo 47.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, mais propriamente no seu n.º 4, quando refere que caso resulte de opção livre e consciente do doente não é considerado eutanásia a abstenção de qualquer terapêutica não iniciada.

O Testamento Vital é um documento que “exprime” a vontade e a decisão do doente e é vinculativo para os médicos, tendo estes que praticar os tratamentos apenas permitidos pelos doentes. É um documento que legitima a abstenção de cuidados médicos, cuidados esses que muitas das vezes apenas servem para atenuarem as dores, mas, ao mesmo tempo, prolongarem o sofrimento do doente terminal.

³¹ O Testamento Vital também não se emoldura no artigo 134.º do Código Penal, por que no Homicídio a Pedido da Vítima esse pedido é instantâneo e não escrito antecipadamente. Não deve também, Testamento Vital, ser utilizado como uma autorização para os médicos terminarem a vida de certos doentes, pois é uma interpretação absolutamente nula e qualificável como renúncia a um direito fundamental.

3. ANÁLISE DOUTRINAL

3.1. Face à Constituição da República Portuguesa

As Constituições existem para garantir a justiça, a liberdade e a segurança nos respetivos países, sendo que os princípios basilares da CRP de 1976 são o direito à vida e o respeito pela dignidade humana.

Podemos retirar logo do artigo 1º da CRP que a dignidade humana constitui a base da República:

“Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.”

Portanto, a vida humana é o princípio basilar, tal como a integridade física e moral e, como tal, não pode ser violada, tal como dispõem os artigos 24.º e 25.º da CRP, não sendo permitido alguém ser submetido a tortura, maus tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos. Este tipo de proteção, graças ao artigo 33.º da CRP estende-se ao cidadão estrangeiro que se encontra em Portugal, sendo negada a sua extradição nos casos de condenação à morte em outros países.

Porém, convém entendermos que proteger a vida é proteger o bem vida humana e não apenas o direito à vida, senão, como diz Inês Godinho “Se assim fosse, atendendo a que o âmbito pessoal deste direito implica a determinação da sua titularidade, apenas significaria a proteção das vidas a quem pudesse ser atribuída essa titularidade, logo, vidas nascidas”.³²

Entendemos, ao ler a CRP que o individuo tem liberdade, liberdade pra se autodeterminar, porém, esta autonomia, este poder de autodeterminação deve ser praticado dentro dos limites legais quando se trata de relações interpessoais.

Ao falarmos de liberdade importa referir aqui também duas leis bastantes importantes onde a podemos encontrar: a Declaração Universal dos Direitos do Homem³³ e a Lei da Liberdade Religiosa³⁴. Em relação à Lei da Liberdade Religiosa, podemos encontrar a liberdade a ela associada no artigo 13.º da CRP, mais concretamente no seu n.º 2: *“Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado,*

³² GODINHO, Inês, *“Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de participação em direito penal”*, Coimbra Editora, 2015.

³³ Aqui importa fazer referência ao artigo 18.º da Declaração que nos diz: *“Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos.”*

³⁴ É a Lei n.º 16/2011, de 22 de junho. No seu artigo 1.º podemos encontrar o seguinte: *“A liberdade de consciência, de religião e de culto é inviolável e garantida a todos em conformidade com a Constituição, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o direito internacional aplicável e a presente lei.”*, que devemos completar com os artigos 6.º e 7.º da mesma Lei.

privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, (...) religião (...).”

Há que atender também ao facto de que, apesar da vida humana ser um dos princípios fundamentais da nossa sociedade, ela não é um direito absoluto, pois, podemos lesar este bem jurídico para salvaguardar outro que seja de igual ou superior valor, vejamos o exemplo da legítima defesa que vem consagrada no artigo 32.º do Código Penal³⁵:

“Constitui legítima defesa o facto praticado como meio necessário para repelir a agressão atual e ilícita de interesses juridicamente protegidos do agente ou de terceiro.”

Em relação à despenalização da eutanásia e aos princípios fundamentais que estariam em causa no nosso ordenamento jurídico, entendemos que o princípio fundamental aqui em causa é a inviolabilidade da vida humana, o que significa que, sendo ela inviolável, há a proibição de matar, e ao existir essa proibição ela vai-se manter mesmo que o titular da vida admita e consentia que a sua vida seja violada. Esse é o entendimento de muitos autores, tal como Jorge Miranda³⁶, mas não o nosso entendimento.

Sendo assim, apesar da inviolabilidade da vida humana ser um princípio basilar na nossa Constituição, quando a pessoa pede para morrer, esta está num estado grave e irreversível, que só ela sabe o quanto sofre e o quanto de agonia teve nos seus últimos dias. Pensamos que o Estado Português deveria autorizar a prática da eutanásia, para que nós, terceiros, que não sabemos o que o doente está realmente a sentir, tenhamos um ato de “misericórdia” para com este e o ajudemos a terminar com a sua vida de sofrimento sem fim. Aqui o doente está a renunciar a um direito fundamental, mas que é o direito SEU, portanto se é seu o direito, pode dispor dele, pode prescindir dele, pois o único lesado ao prescindir este direito é a própria pessoa que o faz, em nada lesando a sociedade. Será que o doente ao não prescindir desse seu direito também não sai lesado por ser obrigado a prolongar a sua vida, uma vida de sofrimento e dor, contra a sua vontade? Achamos assim, necessário, alterar também a Constituição da República Portuguesa, para mais tarde não haver conflitos com a lei.

³⁵ ALMEIDA, Joana Rita da Silva, Dissertação “Eutanásia: a fronteira entre o direito à vida e o, eventual, direito a morrer”, Coimbra, Dezembro 2014

³⁶ MIRANDA, Jorge, “Escritos Vários sobre Direitos Fundamentais”, Principia Editora, 2006

3.2. Face ao Ordenamento Penal

No ordenamento jurídico Português podemos enquadrar a eutanásia nos artigos 133.º e 134.º do Código Penal, homicídio privilegiado e homicídio a pedido da vítima respetivamente, e ainda no artigo 135.º que diz respeito ao “Incitamento ou ajuda ao suicídio”.

No homicídio privilegiado o agente que pratica o crime está sob emoções fortes, encontra-se num estado psicológico perturbador, por isso ao praticar o ato a sua culpabilidade é diminuída. Os elementos que o artigo 133.º refere: “*emoção violenta, compaixão, desespero (...)*”, são emoções que diminuem a culpa o agente por este se encontrar dominado por um deles. De todos os elementos aí previstos a compaixão é o elemento que se enquadra na eutanásia. A pessoa que pratica este ato por compaixão tem que ser uma pessoa que tenha uma certa cumplicidade com o doente e sobre a qual o doente teve um grande impacto, e que faz a pessoa sentir-se na obrigação de ajudar o doente e terminar com a vida deste, para que todos o sofrimento pelo qual está a passar termine também.

O agente atua subjugado por um “estado de afeto ligado à solidariedade ou à compaixão no sofrimento de outra pessoa”, segundo Figueiredo Dias.³⁷

Podemos dizer que estamos perante uma eutanásia ativa direta.

Em termos Jurídico Penal do artigo 133.º do Código Penal, a eutanásia entende-se como um ato deliberado de provocar a morte do doente, por este ser um doente terminal e se encontrar num estado de sofrimento intolerável, baseando-se esta decisão numa vontade que o próprio doente manifestou.³⁸

O motivo pelo qual não se enquadra a eutanásia no referido artigo, é pelo facto de que estaríamos a pôr em risco a vida de todos os doentes terminais e em sofrimento, pois abriríamos portas para que caso uma pessoa quisesse obter algum benefício com a morte do doente ou estivesse simplesmente farta de cuidar do mesmo, terminasse com a vida deste.

Relativamente ao artigo 134.º do Código Penal, esse nem sempre existiu. No Código Penal de 1882 como no Código Penal de 1886 este tipo de crime não se encontrava expresso. Porém, o artigo 354º de ambos os Código, punia, no seu parágrafo único, aquele que prestasse a outrem ajuda para se suicidar e punia também aquele que com o intuito de ajudar executasse a morte de outrem “*será punido com a pena de prisão maior celular por quatro anos, seguida de degredo por oito, ou, em alternativa, com a pena fixa de degredo por quinze anos*”. É o artigo 142.º

³⁷ DIAS, Jorge de Figueiredo, “Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I”, Coimbra Editora, 2012, pp. 52.

³⁸ MIRANDA, Aleida, Dissertação “Enquadramento Jurídico da Eutanásia em Portugal”, 2021

do Projeto da Parte Especial do Código Penal que veio dar origem ao artigo 134.º do Código Penal de 1982, sob a epígrafe “Homicídio a Pedido da Vítima”. Artigo este que sofreu alterações³⁹ com o Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, que aprovou o Código Penal de 1995, alteração esta que até aos dias de hoje se mantém inalterada⁴⁰:

“1 – Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos.

2 – A tentativa é punível.”

Verificamos que, atualmente, os requisitos do pedido são mais simples, desaparecendo os requisitos da consciência e da liberdade, dando lugar ao requisito da seriedade, e já não se exige que a vítima tenha que ser maior e imputável. O n.º 2 veio introduzir a punibilidade da tentativa e já não existe um limite mínimo, relativamente à moldura penal, ficando apenas o limite máximo de 3 anos. É necessário que se esteja perante estes três elementos, “pedido sério, instante e expresso”, para que este tipo de crime se possa enquadrar e para que exista um regime de privilegiamento. Este privilegiamento deve-se ao facto de o agente apenas estar a concretizar um pedido, pedido este feito pela vítima, daí que depois haja uma diminuição da culpa⁴¹ e da ilicitude⁴² do ato praticado.

O fundamento deste artigo é o da inviolabilidade da vida humana, daí estar inserido no Capítulo I, do Título I do Livro II do Código Penal, que é o Capítulo dos crimes contra a vida.

Inês Godinho indica três grupos que constituem o fundamento da proibição do homicídio a pedido da vítima:

- 1º Incide nas posições segundo as quais o bem jurídico, vida humana, é um bem jurídico fundamental;
- 2º Incide na proteção do bem jurídico, vida humana, como um interesse público, social, ou do próprio interesse no Estado;

³⁹ Na sua versão original, o disposto no artigo 134.º era que *quem matar outra pessoa imputável e maior determinado a pedido instante, consciente, livre e expresso que ela lhe fez será punido com pen de prisão de 6 meses a 3 anos.*

⁴⁰ GODINHO, Inês Fernandes, “Eutanásia, Homicídio a pedido da Vítima e os problemas de comparticipação em Direito Penal”, Coimbra Editora, 2015, p.321-323.

⁴¹ Esta menor culpa deve-se ao facto de ser uma decisão do doente de pôr fim à sua vida e, ao fazer esse pedido ao agente, está a demonstrar que é essa a sua vontade o que provoca no agente sentimentos altruístas, este apenas pratica o ato porque o doente assim desejou que fosse, ou seja, o agente atua determinado pela vontade da vítima.

⁴² Esta menor ilicitude deve-se ao facto de o doente ter prestado o seu consentimento ao agente, ao fazer o pedido a este.

3º Não fundamenta a legitimação do homicídio a pedido através do objeto da sua proteção, mas mais concretamente nas dificuldades de prova, os perigos de “utilização indevida” ou o argumento do *slipery slope*.⁴³

A eutanásia, neste artigo 134.º do Código Penal, enquadra-se nas situações de eutanásia ativa direta voluntária⁴⁴. O ato de por termo à vida de outrem é sempre punível de acordo com o artigo 134.º do Código Penal, quer a pessoa em questão tenha prestado o seu consentimento ou caso este consentimento seja presumível.

Apesar de no homicídio a pedido da vítima a característica fundamental ser o pedido efetuado pela vítima ao seu agente⁴⁵, e este último praticar o ato por já não suportar ver o doente em sofrimento, o legislador pune na mesma tal prática.

No meu entendimento, o artigo 134.º do Código Penal apenas tem cabimento caso o pedido seja feito pela vítima e não através de terceiros, daí no artigo estar mencionado “que ela lhe tenha feito”, portanto, daí presume-se que apenas tem cabimento neste artigo caso o pedido seja feito pela própria vítima. Também entendo que este artigo apenas tem cabimento nos casos em que o agente atua dependente do pedido da vítima e porque foi incentivado a isso pela vítima, pois caso o agente atue já com o intuito de matar a vítima para se aproveitar das vantagens que daí retira então não podemos inserir esse ato neste artigo e o agente já não deve usufruir do especial privilegiamento, mas sim responder perante o artigo 131.º do Código Penal que nos vem dizer que “*Quem matar outra pessoa é punido com pena de prisão de 8 a 16 anos*”.

Em relação ao crime previsto no artigo 135.º do Código Penal, este prevê no seu n.º 1 o seguinte:

“1 – Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 3 anos, se o suicídio vier efetivamente a ser tentado ou a consumir-se”.

Neste caso, ao contrário do que acontece no artigo 134.º do Código Penal, o que se pune é a ajuda ao suicídio, ou seja, o agente não o pratica porque a vítima o pediu, neste caso é a própria pessoa/doente que o pratica a si mesmo, porém pede ajuda ao agente para que este lhe forneça os meios necessários para que ele possa cometer o suicídio.

⁴³ Termo proposto por Schauer em 1985. “Ocorre quanto um ato particular, aparentemente inocente, quando tomado de forma isolada, pode levar a um conjunto futuro de eventos de crescente malefício.” O Slippery Slope permite identificar onde o problema teve o seu início, ao contrário da metáfora utilizada “Bola de Neve” – GOLDIM, José Roberto, “*Slippery Slope*”, 1985, disponível em (<https://www.ufrgs.br/bioetica/slippy.htm>) – (Consultado em 14 de Maio de 2020).

⁴⁴ Ato de provocar a morte a outrem, que se encontre numa situação de doença terminal, grave e incurável, com bastante sofrimento e dor, a pedido deste.

⁴⁵ O doente é que faz nascer no agente o dolo de praticar tal conduta, é através do pedido do doente que nasce o dolo do agente. O doente/vítima manifesta a sua vontade de morrer através do pedido.

Ao contrário do que acontece na Alemanha, em Portugal, como vemos, o agente que fornecer os meios necessários para que alguém se mate é punido.

Deste modo, podemos resumir o anteriormente referido, esquematicamente, da seguinte forma:

Quadro 1 – Análise aos Artigos 133.º, 134.º e 135.º do Código Penal

Código Penal	Móbil	Consentimento	Autor	Vítima
Artigo 133.º do CP – <u>Homicídio Privilegiado</u>	Compaixão	Não existe	Um terceiro	Doente
Artigo 134.º do CP – <u>Homicídio a pedido da vítima</u>	Compaixão	Existe	Um terceiro	Doente
Artigo 135.º do CP – <u>Incitamento ou ajuda ao suicídio</u>	Compaixão	Existe	Próprio Doente	Doente

3.3. Face a outros sistemas jurídicos onde é permitida a eutanásia

A sociedade evoluiu, a economia evoluiu, a tecnologia evoluiu, a ciência médica evoluiu e foi preciso evoluir legislativamente o que levou a algumas adequações legislativas em alguns países.

Sabemos que hoje em dia a ciência consegue prolongar a vida das pessoas e trazer melhorias e reabilitações que antes não eram possíveis, mas isto faz-nos pensar nos direitos e nas liberdades das pessoas, na dignidade do doente. Será que um doente, num estado moribundo, quer que a sua vida continue a ser prolongada o máximo possível? Será que não está em sofrimento? E pretende terminar com esse sofrimento? Foi neste sentido que se começou a discutir cada vez mais a eutanásia pelo mundo fora.

Neste capítulo vou tratar apenas de quatro países, de como eles lidaram com esta evolução, como lidaram com a eutanásia e como a adaptaram à sua legislação fazendo referência também ao testamento biológico/diretivas antecipadas que existem nesses mesmos países.

- Holanda

Holanda foi o país Europeu pioneiro⁴⁶ nesta matéria, foi o primeiro Estado a permitir a eutanásia ativa e direta⁴⁷. Esta Lei veio servir de base a muitas outras legislações que outros países adotaram futuramente.

Em 1982 foi constituída a Comissão Nacional sobre a Eutanásia com o objetivo de esta aconselhar o Governo sobre se era necessário alterar a lei nesta matéria.

Foi em 1985⁴⁸ que esta Comissão emitiu um relatório⁴⁹ onde se assumiu uma tendência favorável à legalização da eutanásia, porém obedecendo a certas condições, contudo foi apenas em 1998 que se deu o início do processo legislativo, tendo a Lei sido discutida no Parlamento holandês durante 1 ano e 2 meses (desde Fevereiro de 2000 a Abril de 2021). Foi então, em Abril de 2001 que foi aprovada na Holanda a Lei de terminação da Vida a Pedido e Suicídio Assistido, que apenas entrou em vigor um ano depois, em 1 de Abril de 2002.

Esta Lei veio alterar dois artigos importantes no Código Penal holandês, que foram os artigos 293⁵⁰ – relativo ao homicídio a pedido da vítima – e o artigo 294⁵¹ – relativo à ajuda ou incitamento ao suicídio. Esta Lei também estabelece cuidados que se devem ter e que devem ser cumpridos para que a conduta do médico seja justificável.

Os critérios de cuidado são seis e vêm elencados no artigo 2º da Lei, e o que eles nos vêm expor é que o médico tem de:

- 1º Estar convicto de que o pedido feito pelo doente foi voluntário e bem refletido;
- 2º Estar convicto de que o sofrimento do doente é duradouro e insuportável;

⁴⁶ Antes da entrada em vigor em 2002, já era habitual a prática da eutanásia neste país, pois quando era praticada os Tribunais eram condescendentes quando esta era praticada por um médico, após pedido do doente, para amenizar o sofrimento e as eventuais dores que tinham devido a doenças terminais e irreversíveis. Basicamente a prática da eutanásia era aceitável, porém, apenas era aceitável caso o paciente estivesse lucido para tomar essa decisão e não em estado vegetativo.

⁴⁷ No início faziam-se distinções entre eutanásia ativa, passiva, voluntária, não voluntária, direta e indireta, porém chegou-se ao consenso que a eutanásia indireta e a eutanásia passiva são práticas médicas legítimas e passou-se a ver a sua prática como normal.

⁴⁸ Foi neste ano que foi oficialmente definido o significado do termo “eutanásia”, que é “o ato de terminar intencionalmente a vida de outra pessoa, a seu pedido”.

⁴⁹ Este relatório foi emitido já após de ter existido o caso de um médico, com o nome de Schoonheim que deu uma injeção letal a uma doente de 95 anos e que se encontrava encamada e num estado humilhante, devido a uma fratura na anca e em relação à qual recusou operação, e que pedia continuamente ao médico que este pusesse fim à sua vida, o qual acedeu, em 1982, na presença dos dois filhos da doente e do seu assistente. Este foi um caso que chegou ao Supremo Tribunal holandês que veio, no final, a absolver o médico.

⁵⁰ O que este artigo nos vem dizer é que quem matar a pedido da vítima é punido com pena de prisão até 12 anos ou com pena de multa, porém esta conduta já não é punível se a mesma for praticada por médico que tenha cumprido os critérios de cuidado devidos e que informe o médico-legal municipal do facto ocorrido.

⁵¹ Este artigo já se refere ao suicídios e vem-nos dizer que quem incitar outrem a cometer suicídio, intencionalmente, será punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa; e que quem, intencionalmente, assistir ao suicídios de outrem ou lhe prestar auxílio material ara esse fim é punível com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa se o suicídio se verificar, porém se estes atos forem praticados por médico e cumprindo-se os critérios de cuidado que vêm elencados no artigo 2º da Lei, então a conduta já não é punível.

- 3º Informar o doente sobre a sua situação e sobre as suas perspetivas, ou seja, qual o seu prognóstico;
- 4º Juntamente com o doente, estar convicto de que não existe outra solução razoável para a situação em que o paciente se encontra;
- 5º Conferenciar com pelo menos, um outro médico independente que veja o doente e dê a sua opinião por escrito sobre os quatro requisitos anteriores;
- 6º Terminar a vida ou assistir o suicídio com o devido cuidado.

De acordo com a Lei holandesa, no caso de o doente ter mais de 16 anos e já não for capaz de expressar a sua vontade, mas ter escrito, anteriormente, uma declaração formulando um pedido para que terminem com a vida dele ou de suicídio assistido, o médico poderá fazê-lo obedecendo aos tais requisitos de cuidado que são aplicáveis analogicamente.

No caso de o doente tiver uma idade compreendida entre os 16 e os 18 anos e possuir discernimento razoável em relação aos seus interesses o médico pode executar o pedido dele de terminação de vida ou de suicídio assistido, mas apenas após os pais e/ou tutor do doente terem sido envolvidos no processo decisório.

Caso o doente tenha uma idade compreendida entre os 12 e os 16 anos e também possua um discernimento razoável no que respeita aos seus interesses, o médico pode executar o pedido do doente, contudo isto apenas acontece se os pais e/ou tutor do doente concordarem com a terminação da vida ou com o suicídio assistido.

Apesar de a eutanásia ser permitida o médico pode querer recusar a prática do ato e pode fazê-lo, o médico nunca pode ser obrigado a praticar eutanásia nem pode tal ser considerado um ato médico corrente.

Podemos dizer que na lei holandesa existe um regime de exceção que exclui a ilicitude para os médicos que praticam a eutanásia.

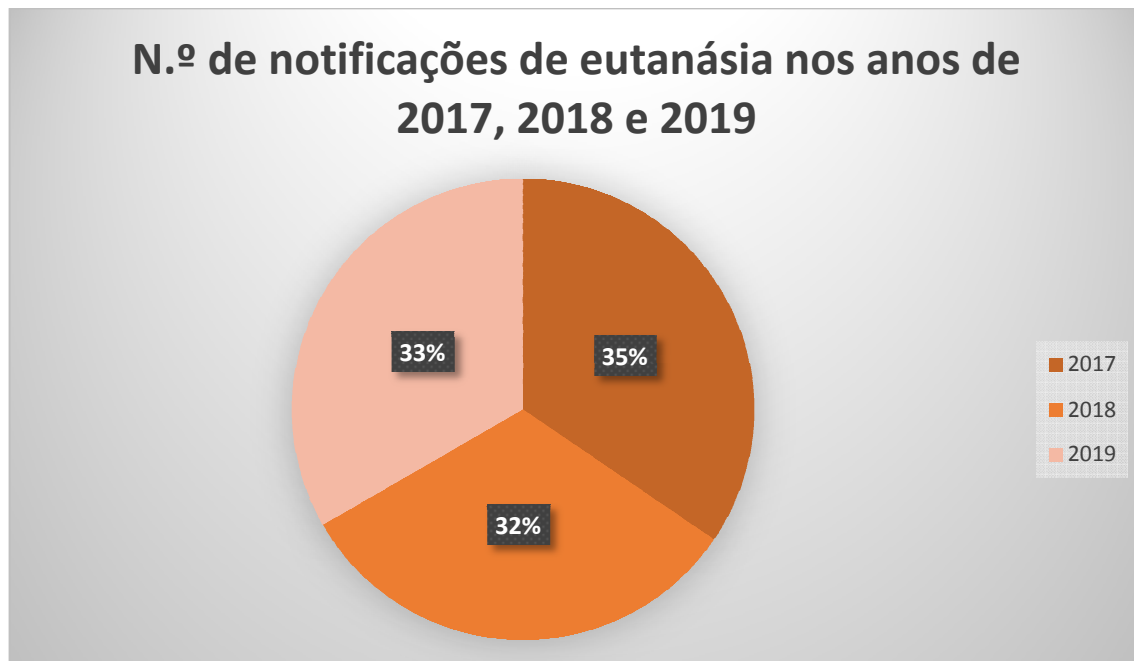
No ano de 2019, de acordo com a RTE⁵², o número de eutanásias praticadas foi de 6 361, e desse número 3 309 eram homens e 2 935 mulheres. Deste número apenas 245 casos foram de suicídio assistido. A maior parte dos casos padeciam de cancro, sendo que o menor número de casos que praticaram a eutanásia eram pessoas que sofriam de distúrbios psiquiátricos.

No ano de 2018, o número de eutanásias praticadas foi relativamente menor, sendo que este ano a RTE apenas recebeu 6 126 notificações de eutanásia.

⁵² Regional Euthanasia Review Committees, que pode ser consultada online em <https://english.euthanasiacommissie.nl/>.

O ano de 2017 foi o ano em que a RTE recebeu mais notificações de eutanásia tendo um total de 6 585.

Ilustração 1 - Número de notificações de eutanásia nos anos de 2017, 2018 e 2019



- Luxemburgo

Em Luxemburgo a eutanásia é permitida desde 2009 pela Lei 16 de Março de 2009, e segue muito a linha da legislação belga de 2002. O debate acerca destas questões começou na Câmara dos Deputados em 1996 e que levou em 1999 a um relatório extraordinário sobre cuidados paliativos e eutanásia da Comissão de Ética parlamentar.

A eutanásia existe, de acordo com a Lei, quando o ato é praticado por um médico, que põe propositadamente fim à vida de uma pessoa a pedido expresso e voluntário desta. Já o suicídio assistido é quando um médico ajuda intencionalmente uma outra pessoa a suicidar-se ou a adquirir junto de outrem os meios para tal concretização, a pedido voluntário e expresso da mesma.

A Lei diz-nos no seu artigo 2º, os requisitos em que a prática de eutanásia ou de suicídio assistido não são puníveis:

- O paciente tem que ser maior, capaz e estar consciente no momento do pedido;
- O pedido tem que ser formulado voluntariamente, refletidamente e repetitivamente, não resultando de qualquer pressão exterior;

- O paciente tem que se encontrar numa situação médica incurável, da qual resulte sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável sem perspectivas de melhora, em resultado de uma doença acidental ou patológica;
- O pedido de eutanásia ou suicídio assistido do paciente tem que ser formulado por escrito.

Os procedimentos que o médico assistente tem que seguir estão também contemplados na Lei, mais concretamente no seu artigo 2º, n.º 2 e são muito idênticos aos procedimentos que são exigidos pela lei belga, divergindo apenas nos seguintes pontos: o pedido do doente pode ser referente à eutanásia ou ao suicídio assistido (lembrem-se que, como já foi referido, na lei belga nada diz acerca do suicídio ou ajuda ao suicídio); o médico assistente apenas poderá conversar com a equipa de apoio no caso de não existir oposição do doente; o médico assistente apenas poderá discutir com a pessoa de confiança indicada pelo doente se este não se opuser; o médico assistente deve-se sempre informar junto da Comissão Nacional de Controlo e Avaliação se as disposições de fim de vida em nome do doente se encontram registadas; o médico assistente, se achar que é necessário, pode fazer-se acompanhar de aconselhamento por um perito da sua escolha e incluir a opinião ou atestado de intervenção deste perito no dossier clínico do paciente.

Este documento deve ser, tal como na lei belga, redigido, datado e assinado pelo próprio doente, e em caso de impossibilidade deste pode ser redigido por um terceiro maior da sua escolha. O pedido pode sempre ser revogado a todo o momento e, nestes casos, o documento é retirado do dossier clínico e devolvido ao doente.

Na lei luxemburguesa, tal como na lei belga, existe uma Comissão Nacional de Controlo e de Avaliação da própria Lei, esta já é composta por apenas 9 membros. Para além de acompanhar, tem ainda que criar um documento de declaração oficial que deve ser preenchido pelo médico e remetido à Comissão, sempre que este pratica eutanásia.

Sempre que o médico assistente se recuse praticar eutanásia ou suicídio assistido tem que, no prazo de 24 horas, informar as razões da sua recusa ao paciente e à pessoa de confiança deste e, caso o paciente ou pessoa de confiança solicite remeter ao médico indicado por aquele o seu dossier clínico.

No ano de 2018 houveram 8 declarações de eutanásia⁵³, 7 eram de homens e 1 de uma mulher. Dessas 8 declarações apenas uma era de suicídio assistido.

⁵³ Pode-se consultar o relatório online no site <https://sante.public.lu/fr/index.php>.

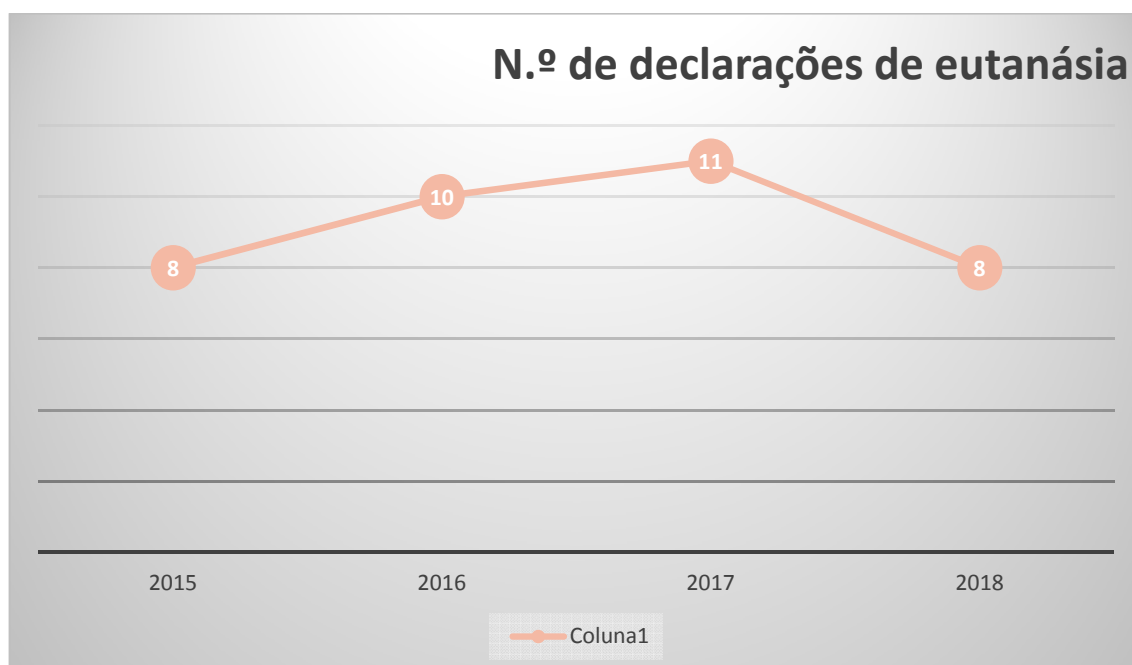
- Suíça

Na Suíça não existe uma Lei própria e específica da eutanásia ou do suicídio assistido. O que rege neste país é o disposto no Código Penal, mais concretamente o disposto nos artigos 114º e 115º do Código Penal, os quais regem o homicídio a pedido da vítima e o incitamento ou ajuda ao suicídio, respetivamente.

Nos termos do artigo 114º, “quem matar outrem por motivos piedosos a pedido sério e instante da vítima será púnico com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa”⁵⁴.

No que respeita ao artigo 115º presumimos que o suicídio assistido não é punível, pois este artigo o que dispõe é que “quem, por motivos egoístas, incitar outrem ao suicídio ou para esse fim lhe prestar auxílio é punido com pena de prisão até 5 anos ou com pena de multa se o suicídio for tentado ou vier a consumir-se” o que nos leva a crer que apenas é condenável se o fizer por motivos egoístas e não se o fizer por compaixão pelo estado de sofrimento do doente. Existem até organizações dedicadas a ajudar doentes a praticar o suicídio tais como a Dignitas e Exit, desde que a doença de que a pessoa padece seja terminal e irreversível, e provoque sofrimento físico ou psíquico insuportável.

Ilustração 2 - Numero de declarações de eutanásia



⁵⁴ GODINHO, Inês Fernandes, em “Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de comparticipação em direito penal”, Coimbra Editora, Janeiro de 2015, pp. 284.

- Austrália

Na Austrália, a eutanásia é emoldurada como homicídio e, a ajuda ao suicídio é também penalizada, de acordo com o Código Penal australiano⁵⁵.

Importa aqui fazer, primeiro, uma breve introdução à história da eutanásia neste país: no Norte da Austrália, entre 1 de Julho de 1996 e 24 de Março de 1997, esteve em vigor a primeira lei que autorizou a eutanásia, que teve a designação de “Lei dos Direitos dos Pacientes Terminais” (“Rights of the Terminally III Act 1995”)⁵⁶.

A listagem das condições que o médico tinha que verificar para poder realizar a eutanásia vinha fixada no artigo 7º, n.º 1, entre as quais o paciente tinha que ser maior de 18 anos; o médico tinha que verificar com certeza que a doença de que o doente padecia levaria inevitavelmente à sua morte, não havendo possibilidade de cura e que os tratamentos existentes para a doença não a curariam, mas apenas serviriam para aliviar as dores ou o sofrimento para que o doente tivesse uma morte menos agonizante; era, também, necessária a intervenção de dois outros médicos entre os quais um deles tinha que ter, obrigatoriamente, experiência na área da doença terminal de que o paciente padecia e o outro seria um psiquiatra qualificado, para examinarem o doente e confirmarem a opinião do primeiro médico sobre a gravidade da doença e a sua evolução e a mesma conclusão de que o doente morreria em resultado dessa doença e que a mesma não tinha cura.

Com o passar dos anos houveram tentativas para impugnar a validade da referida lei e bani-la da ordem jurídica, mas saíram todas frustradas.

O primeiro caso australiano foi o de Robert Dent que faleceu em 22.09.1996. Para se realizar este procedimento era necessário cumprir infíndos critérios e precauções que impediam que estas solicitações fossem inoportunas ou sem bases clinicamente comprovadas.⁵⁷

Mais tarde, a lei foi revogada, com o Euthanasia Laws Act 1997, que impedia os territórios de fazer leis acerca da eutanásia, tornando o Rights of Terminally III Act 1995 inválido e inaplicável no território australiano por votos de 38 contra 34, uma pequena diferença, apesar de pesquisas referirem que 74% dos australianos foram contra essa revogação.

A 19 de Junho de 2019, no Estado de Victoria, entrou em vigor o Voluntary Assisted Dying Act 2017⁵⁸, que vem permitir e regular o acesso à morte voluntária assistida.

⁵⁵ Pode-se consultar o mesmo em <https://www.legislation.gov.au/> .

⁵⁶ Foi aprovada em 16 de junho de 1995 e entrou em vigor a 1 de julho de 1995. Foi aprovada pela Assembleia Legislativa do Território do Norte.

⁵⁷ <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanaus.htm>, consultado em 10.07.2021.

⁵⁸ Disponível em <https://www.legislation.vic.gov.au/> . Sendo que a última atualização que existe desta lei é de 19.06.2021.

Como se processa esta Lei neste país? Este processo inicia-se com o pedido do paciente ao médico da sua morte voluntária assistida, sendo que este pedido deve ser claro, inequívoco e pessoal, podendo interromper o processo em qualquer momento. Caso o médico aceite este pedido tem que avaliar se a pessoa cumpre todos os critérios e condições que vêm previstos no artigo 9º da Lei já referida supra e que são cumulativos e ficar convencido de que esta pessoa age voluntariamente e que mantém o pedido para a prática da morte voluntária assistida, caso contrário o processo termina.

Caso o médico considere que a pessoa pode realizar este processo, apresenta o caso a um segundo médico que vai realizar uma segunda avaliação.⁵⁹

Após ser aprovada, o doente, faz uma declaração escrita na qual solicita a morte voluntária assistida, na presença de duas testemunhas e do primeiro médico e, só após este procedimento, é que ela pode fazer o pedido final e designar uma pessoa de contacto⁶⁰ que tem a obrigação de devolver ao farmacêutico o que sobrar da substância usada para provocar a morte voluntária assistida.

Após o pedido final, o médico autoriza a prática da morte assistida voluntária⁶¹ e solicita uma autorização para a prática da mesma para o doente, e a solução fornecida pode ser para autoadministração⁶² ou para administração pelo médico⁶³.

A lei, neste país, prevê ainda o exercício de objeção de consciência por parte do médico, podendo o mesmo recusar fornecer informação acerca deste tipo de morte, participar no processo, solicitar uma autorização para praticar o ato, receitar ou administrar a substância que provoca a morte, aviar a receita dessa substância ou até mesmo estar presente no momento em que essa substância é administrada.

Surgiu também, neste âmbito, a “Voluntary Assisted Dying Review Board” que acompanha todos os processos existentes de morte voluntária assistida, pois o médico, no momento em que é aceite este procedimento a um doente, tem que lhe enviar uma cópia do processo⁶⁴. A “Voluntary Assisted Dying Review Board” tem que, todos os anos, apresentar ao Parlamento um relatório sobre a aplicação desta lei⁶⁵.

⁵⁹ Ponha-se a hipótese de este segundo médico fazer uma avaliação negativa e considerar que a pessoa não deve ser aprovada para realizar este procedimento. O primeiro médico pode ainda apresentar o caso a um terceiro médico para este realizar uma nova avaliação.

⁶⁰ A pessoa de contacto tem que ter mais de 18 anos.

⁶¹ Caso considere que os requisitos obrigatórios foram todos cumpridos.

⁶² Esta autorização, para autoadministração, permite ao médico prescrever e fornecer a substância para a morte voluntária assistida, numa dose que seja suficiente, para que o doente a autoadministre, após isto, a pessoa de contacto tem que devolver o que sobrar da mesma ao farmacêutico que a dispensou.

⁶³ A autorização para administração pelo médico permite que o mesmo receite e forneça a substância para a morte voluntária assistida e a administre no doente que é incapaz para a autoadministrar – mas que mantém a sua capacidade de decisão e ainda continue a agir voluntariamente e de forma reiterada – na presença de uma testemunha.

⁶⁴ Podemos encontrar informação acerca deste processo no site <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/end-of-life-care/voluntary-assisted-dying>.

⁶⁵ Existe um quadro penal para os atos de morte voluntária assistida cometidos em violação desta lei.

Um polêmico, interessante e recente caso que surgiu na Austrália é o do David Goodall, um senhor que optou por morrer aos 104 anos, no dia 10 de Maio de 2018. Foi um importante botânico e ecologista australiano, foi condecorado com a Ordem da Austrália. Na altura da sua morte a eutanásia ainda era ilegal – legalizou no Estado de Victoria em 2019, como já foi referido supra –, porém a Lei agora em vigor apenas permite a sua prática em pacientes em estado terminal, portanto David Goodall continuaria sem poder usufruir dela, pois este senhor não sofria de nenhuma doença terminal, apenas dizia que a sua qualidade de vida havia piorado com o passar do tempo e que lamentava “profundamente ter chegado a esta idade”. Também referiu: “meu sentimento é que uma pessoa velha como eu deve ter plenos direitos de cidadania, incluindo o direito ao suicídio assistido”⁶⁶ e “as minhas capacidades estão em declínio há um ou dois anos, a minha vida há seis. Não quero continuar a viver. Estou feliz por poder acabar com isto.”⁶⁷ Afirmou ainda que “Deve-se ser livre para escolher a morte, quando a morte surge no momento apropriado” e “Não estou feliz. Eu quero morrer. Não é particularmente triste. O triste é ser impedido de fazer isso”, à BBC.

David Goodall foi até Basileia (na Suíça), onde o suicídio assistido é legal. O cientista escolheu a injeção letal para morrer, rodeado de família e escolheu a 9ª sinfonia de Beethoven para acompanhar a sua morte.

Goodall doou o seu corpo à medicina e fez desse momento da vida uma “polémica” para que se lute a favor da prática da eutanásia, que é nisso que ele acredita.

- E.U.A. (Estado do Oregon e Califórnia)

Em 2006, o Supremo Tribunal dos Estados Unidos, decidiu aprovar a Lei “*Oregon Death wit Dignity Act*”, que permite que os médicos de Oregon prescrevam as substâncias necessárias à prática do suicídio medicamente assistido, a uma pessoa residente no Estado do Oregon, pessoa essa que tem que se encontrar em estado terminal e que tenha apenas, presumivelmente, até seis meses de vida. Essa pessoa tem que fazer o pedido para o suicídio medicamente assistido. Um aspeto interessante é que a pessoa, para realizar esse pedido não tem que se encontrar em sofrimento, sendo um requisito não necessário para esta prática.

⁶⁶ Cfr. <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/cientista-david-goodall-de-104-anos-morre-na-suica-apos-suicidio-assistido.ghtml> consultado em 23.04.2020.

⁶⁷ Cfr. Diário de Notícias, de 10.05.2018, em <https://www.dn.pt/mundo/cientista-australiano-feliz-por-morrer-hoje-9325921.html>.

Existe ainda o “living will”, que é “um testamento biológico, que nega os cuidados paliativos e o desejo de morrer com dignidade”⁶⁸. Surgiu na Califórnia em 1976, tendo mais tarde surgido também no Estado de Oregon e 1997. Para o “diagnóstico ser considerado válido tem de ter a aprovação de 2 médicos, entrando em vigor 2 semanas depois e válido por 5 anos”⁶⁹.

Em 1984, a Califórnia foi o primeiro Estado a admitir que seja nomeado um representante legal do doente em coma ou inconsciência irreversível.

Em 1988, na Califórnia, houve uma tentativa de recolher assinaturas suficientes para a legalização da eutanásia⁷⁰, o que acabou por falhar, não por falta de aderências das pessoas, mas devido a problemas administrativos e organizacionais.⁷¹

Em 25 de Junho de 1990, o Supremo Tribunal dos E.U.A., afirmou o direito dos doentes capazes de reusarem tratamentos de manutenção de vida, sendo assim, incentivada a prática do “living will” em certos Estados.

Assim, hoje em dia, o testamento vital é reconhecido em cerca de 40 Estados Norte-Americanos, sendo que a maioria da opinião pública mostra-se a favor da prática da eutanásia e a sua legalização⁷².

- Bélgica⁷³

As primeiras propostas de lei no Parlamento surgiram no início da década de 80 do século XX, porém foram todas chumbadas devido naquela época o governo ser composto por democratas-cristãos.

O que levou a Lei de 2002⁷⁴ (acerca da qual irei discutir melhor infra) a ser aprovada foi uma Comissão Consultiva de Bioética⁷⁵, que lançou uma Recomendação em 12 de Maio de 1997. Esta Comissão tinha quatro propostas relativas à legislação acerca da eutanásia, graças aos quatro grupos que se formaram na altura e que tinham quatro pontos de vista.

⁶⁸ A Eutanásia pelo Mundo, disponível em <https://sites.google.com/site/eutanasiatematabu/a-eutanasia-pelo-mundo>

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ Tratava-se do “*Death With Dignity Act*”, que requeria que o doente terminal tivesse uma expectativa de vida inferior a 6 meses; mas era flexível num aspeto que era o facto de um adulto saudável, ou não, poder assinar um documento que autorizava a sua execução eutanásicamente se se viesse a encontrar num estado de doença terminal dentro de 7 anos. Em ambos os casos a eutanásia tinha de ser realizada por um médico.

⁷¹ BRITO, António José dos Santos Lopes de e RIJO José Manuel Subtil Lopes, “Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal, Direito sobre a vida ou direito de viver?”, Almedina, 2000, pp.91-92

⁷² Idem – pp. 93

⁷³ A eutanásia surgiu, neste país, com a influência holandesa.

⁷⁴ Lei que passou a permitir a prática da eutanásia.

⁷⁵ Comissão esta composta por 35 membros representativos de diversas áreas religiosas, científicas e sensibilidades políticas.

Seguidamente, em 22 de Fevereiro de 1999, lançaram outra Recomendação, respeitante ao fim de vida de pacientes incapazes, a qual veio acentuar as divergências já existentes na primeira Recomendação.

Foi em 1999, aquando das eleições, onde foi possível formar um governo de liberais, socialistas e verdes, ao invés dos democratas-cristãos, que teve início a fase que levou à aprovação da Lei de 2002, que entrou em vigor em 23 de Setembro de 2002. Foi a partir daqui que começou um processo legislativo com um denominador comum que era a ideia de que a autodeterminação deveria ser central.

Este país tem agora uma lei da eutanásia, desde 28 de Maio de 2002⁷⁶ e, onde antes a eutanásia era considerada homicídio ou assassinato (pelos artigos 393º e 394º do Código Penal belga), passou a ser agora admitida mediante determinados pressupostos, pois de acordo com os artigos 2º e 3º desta Lei, a eutanásia não constitui facto punível desde que se cumpram os procedimentos que vêm regulados no artigo 3º da mesma.

A primeira condição que esta Lei estabelece é que quem leve a cabo a eutanásia, seja ela ativa direta e voluntária, tem de ser médico e este deve assegurar-se de que o paciente é maior ou menor emancipado⁷⁷, capaz e consciente no momento do seu pedido; o pedido deve ser formulado de forma voluntária, refletida e reiterada e que não resulte de uma pressão externa; o paciente deve sofrer de doença grave e incurável que lhe provoca um sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável que não possa ser atenuado e; o médico tem ainda de respeitar as condições e procedimentos prescritos na lei.

Os procedimentos que o médico tem que respeitar são os seguintes:

- Informar o paciente sobre o seu estado de saúde e a sua esperança de vida, preparar com o paciente sobre o seu pedido de eutanásia e discutir com ele as possibilidades terapêuticas ainda existentes, assim como as possibilidades que oferecem os cuidados paliativos e as suas

⁷⁶ A Lei da Eutanásia não se aplica ao suicídio assistido, porém, o Código Penal belga não contém a incriminação do suicídio nem da ajuda ao suicídio.

Todavia já existiu uma proposta de lei relativamente ao suicídio assistido, porém a mesma foi chumbada. O que me leva a crer que a mesma é proibida e que será punível criminalmente, podendo ser qualificável como assistência a pessoa em perigo, pois apesar de a Lei a nada se referir acerca deste assunto, sabemos que uma Lei acerca da mesma foi chumbada.

⁷⁷ Apesar de no início existirem restrições etárias para a realização da eutanásia, tudo isso acabou em 2014, quando a Bélgica se tornou o primeiro país a permitir a realização da eutanásia em crianças que se encontram em sofrimento insuportável, sem possibilidade de alívio, com doenças terminais.

Foi em 2016 que se aplicou pela primeira vez a eutanásia a um menor.

Para que a eutanásia seja aplicada tem-se que cumprir vários requisitos: a criança tem que expressar o pedido de eutanásia por escrito e os pais têm que dar o seu consentimento; é necessária uma avaliação médica que certifique que o paciente se encontra numa "situação medicamente irreversível de sofrimento constante e insuportável que não pode ser avaliada e resultará em morte a curto prazo"; devem ainda avaliar, os médicos, as capacidades mentais da criança e verificar que não existem sinais de que a criança não foi influenciada por terceiros.

Esta foi uma decisão polémica, tanto no próprio país como no estrangeiro.

consequências. O médico deve chegar à conclusão de que o pedido do paciente é totalmente voluntário e razoável face à sua situação;

- Assegurar-se da persistência do sofrimento físico ou psíquico do paciente e da sua vontade reiterada. Para isso, deverá ter vários encontros com o paciente, em um espaço de tempo razoável em relação à evolução do seu estado;
- Deve consultar um outro médico quanto ao caráter grave e incurável da doença, precisando as razões da consulta. O médico consultado tem que tomar conhecimento do dossier clínico, examinar o paciente e assegurar-se do caráter constante, insuportável e irremediável do sofrimento físico ou psíquico, redigindo no final um relatório com as suas conclusões. Este médico consultado, deve ser independente quer em relação ao paciente com ao seu médico assistente e ser especialista na patologia que está em causa. O médico assistente deve informar o paciente acerca dos resultados da consulta;
- Se existir uma equipa assistente, deve discutir o pedido com a equipa ou com alguns dos seus membros;
- Se o paciente permitir e for vontade deste, deve o médico discutir o seu pedido com os seus familiares próximos ou com quem aquele indicar;
- Deve assegurar-se que o paciente teve oportunidade de discutir o pedido com as pessoas que lhe são próximas.⁷⁸

Pode haver lugar à eutanásia também nos casos em que a doença não é mortal, porém é grave e incurável, e quando o médico assistente, nestes casos, consulte um outro médico, psiquiatra ou especializado na patologia em causa e, além disso, deixe decorrer pelo menos um mês entre o pedido do paciente e a eutanásia.

É permitido, porém, ao médico recusar a prática de eutanásia e, caso isso suceda, o mesmo terá que informar o paciente, em tempo útil e esclarecer as suas razões.

O pedido do doente tem que ser feito por escrito, isto é, tem que ser redirigido, datado e assinado pelo próprio, porém, caso este não consiga pode ser uma terceira pessoa maior a fazê-lo, da sua escolha e na presença do médico e que não tenha qualquer interesse na morte do mesmo.

Pode o pedido ser revogado a qualquer momento pelo mesmo, sendo que o documento é removido do dossier clínico e devolvido ao doente.

⁷⁸ GODINHO, Inês Fernandes, em "Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de participação em direito penal", Coimbra Editora, Janeiro de 2015, pp. 276.

Existe uma Comissão Federal⁷⁹, composta por 16 membros, que acompanha e controla a avaliação da aplicação da Lei da Eutanásia, possuindo um registo de documentos⁸⁰ que o médico tem que preencher sempre que pratique eutanásia, para que possam verificar se a eutanásia foi feita sob os termos e condições estabelecidos na Lei.

Um caso recente e conhecido na Bélgica é o caso da atleta paralímpica Marieke Vervoort, diagnosticada com uma rara doença degenerativa quando tinha 14 anos que a deixou numa cadeira de rodas desde os 20 anos. A atleta paralímpica belga ganhou quatro medalhas: ouro e prata nos 100 e 200 metros dos Jogos de Londres 2012, e bronze e prata nos 100 e 400 da Rio 2016. Quando a atleta já não conseguia dormir com as dores e o medo de viver um dia vegetal, em 2016 tornou-se público que a mesma havia pedido os documentos da eutanásia. O facto de elas os ter acalmou-a ao saber que os podia utilizar a qualquer momento: *“A qualquer momento posso pegar meus papéis e dizer ‘chega! Quero morrer’. Isso me dá tranquilidade quando sinto muita dor. Não quero viver como um vegetal”*⁸¹ Acabou por pôr termo à vida em 22 de Outubro de 2019.

3.3.1 Breve análise das Regiões Francófona e Flamengo

Pode-se dizer que a Bélgica encontra-se dividida em comunidades linguísticas distintas: a comunidade flamenga, a comunidade francófona e a comunidade germanófona.⁸²

Com o estudo dos gráficos expostos infra relativos aos anos desde 2014 a 2019 podemos verificar que a região Flamengo sempre foi a que mais aderiu à prática da eutanásia, e a Francófona menos, apesar de os números desta prática ter vindo a aumentar⁸³, tanto numa região como noutra ao longo dos anos, as pessoas começaram a aderir mais a esta prática e a percebê-la melhor. Podemos também confirmar que a maioria dos doentes que praticavam a eutanásia eram homens, com a exceção dos anos 2018 e 2019 nos quais houveram mais mulheres a praticá-la.

⁷⁹ Esta Comissão Federal vem estabelecida na Lei, no Capítulo V, nos artigos 6º a 13º.

Tem a tarefa de redigir um relatório semestral que é enviado à Câmara dos Representantes.

Esta Comissão não tem competência para avaliar o profissionalismo dos médicos.

⁸⁰ Este documento está dividido em duas partes: a Parte I é confidencial e é onde vem registado os dados do paciente, do médico e da equipa médica envolvida; a Parte II é a parte anónima onde vem registado os dados com base nos quais o médico em questão realizou a eutanásia.

⁸¹ O que declarou a atleta numa entrevista ao Jornal “El País” antes dos Jogos do Rio.

⁸² Segundo estimativas, 59% da população belga fala holandês e 40% fala francês.

⁸³ Houve um decréscimo de números desta prática no ano de 2018 e 2019: em 2017 o número de pessoas a praticar a eutanásia tinha um total de 2309 pessoas e em 2018 diminuiu para 2014, sendo que em 2019 aumentou novamente para um total de 2207. O que nos leva a crer que esta diminuição se deveu à evolução da medicina nestes últimos anos.

Outro facto interessante que retiramos das tabelas é que o ano de 2019 foi o ano em que houveram mais práticas de eutanásia em doentes que não tinham o fim de vida para breve., sendo que até esse ano eram os doentes com um fim de vida muito próximo que predominava.

São três os locais onde foi praticada a eutanásia, sendo que o que predominou foi a prática da mesma nas suas próprias casas, no domicílio dos doentes, onde estes se sentiam confortáveis, com as suas famílias, perto daqueles que amam; o segundo lugar mais escolhido para esta prática foram os hospitais; e em terceiro temos as casas de repouso.

De acordo com o gráfico que exponho infra, entre 2014 e 2015 na região Flamengo a percentagem de eutanásias praticadas foi de 79,8%, enquanto que na região Francófona foi de apenas 20,2%, nos quais 51,3% eram do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino. Um facto que importa aqui salientar é o de que 85% tinham uma previsibilidade de morte para breve e 15% não, sendo que a maior parte (67,7%) dos que optaram pela prática de eutanásia eram doentes cancerígenos.⁸⁴

Nos anos de 2016 e 2017 na região Flamengo a percentagem de eutanásias praticadas foi de 78%, já na Francófona foi de 22%, sendo que 50,9% eram do sexo masculino e 49,1% do sexo feminino.

Nos anos de 2018 e 2019 houve uma subida da prática da eutanásia: na Região Flamengo houveram 3845 de doentes a escolher a eutanásia e na região Francófona 1170 pessoas, o que em percentagem é 76,7% e 23,3% respetivamente, sendo que nestes anos esta prática foi mais escolhida por mulheres do que por homens, 52,8% e 47,2% respetivamente.

⁸⁴ Informação consultada em <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents>, em 08.08.2021.

Quadro 2 - Prática de Eutanásia na Bélgica nos anos de 2014-2015

Número total de eutanásia praticada distribuída por comunidade linguística	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Total	1 928	100	2 022	100	3 950	100
Região Flamenga	1 523	79	1 629	80,6	3 152	79,8
Região Francófona	405	21	393	19,4	798	20,2
Sexo dos doentes						
Masculino	977	50,7	1049	51,9	2 026	51,3
Feminino	951	49,3	973	48,1	1 924	48,7
Local da prática da eutanásia						
Domicílio/Casa	835	43,3	901	44,6	1 736	43,9
Hospital	817	42,4	840	41,5	1 657	41,9
Casa de repouso e casa de repouso e cuidado	241	12,5	244	12,1	485	12,3
Outro	35	1,8	37	1,8	72	1,8
Fim previsível de morte						
Breve	1 633	84,7	1 723	85,2	3 356	85
Não breve	295	15,3	299	14,8	594	15

Cfr. informação integral em https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7_rapport-euthanasie_2014-2015-fr.pdf (consultado em 08.08.2021).

Quadro 3 - Prática de Eutanásia na Bélgica nos anos de 2016-2017

Número total de eutanásia praticada distribuída por comunidade linguística	2016	(%)	2017	(%)	TOTAL	(%)
Total	2 028	100	2 309	100	4 337	100
Região Flamengo	1 592	79	1 792	78	3 385	78
Região Francófona	436	21	517	22	952	22
Sexo dos doentes						
Masculino	1 033	50,9	1 175	50,9	2 208	50,9
Feminino	995	49,1	1 134	49,1	2 129	49,1
Local da prática da eutanásia						
Domicílio/Casa	908	44,8	1 046	45,3	1 954	45,1
Hospital	821	40,5	865	37,5	1 686	38,9
Casa de repouso e casa de repouso e cuidado	256	12,6	348	15,1	604	13,9
Outro	43	2,1	50	2,2	93	2,1
Fim previsível de morte						
Breve	1 749	86,2	1 934	83,8	3 683	84,9
Não breve	279	13,8	375	16,2	654	15,1

Cfr. informação integral em https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf (consultado em 08.08.2021).

Quadro 4 - Prática de Eutanásia na Bélgica nos anos de 2018-2019

Número total de eutanásia praticada distribuída por comunidade linguística	2018	(%)	2019	(%)	TOTAL	(%)
Total	2 359	100	2 656	100	5 015	100
Região Flamengo	1 792	76	2 053	77,3	3 845	76,7
Região Francófona	567	24	603	22,7	1 170	23,3
Sexo dos doentes						
Masculino	1 114	47,2	1 254	47,2	2 368	47,2
Feminino	1 245	52,8	1 402	52,8	2 647	52,8
Local da prática da eutanásia						
Domicílio/Casa	1 106	46,9	1 164	43,8	2 270	45,3
Hospital	857	36,3	1 016	38,3	1 873	37,3
Casa de repouso e casa de repouso e cuidado	339	14,4	423	15,9	762	15,2
Outro	57	2,4	53	2	110	2,2
Fim previsível de morte						
Breve	2 014	85,4	2 207	83,1	4 221	84,2
Não breve	345	14,6	449	16,9	794	15,8

Cfr. informação integral em https://organesdeconcentration.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf (consultado em 08.08.2021)

4. QUESTÕES ÉTICAS

4.1. Posição dos profissionais de saúde

Sabemos que cada vez mais a ciência vai evoluindo e a ciência médica não é exceção, pelo que, o objetivo dessa ciência é tentar sempre salvar a vida de cada um.

O médico, durante a sua carreira depara-se muitas vezes com a seguinte problemática: deve ou não prolongar a vida de determinado sujeito, eticamente pensando? Porque vejamos, a pessoa tem deito de morrer com serenidade, tem direito a morrer como desejar e quando desejar, para que possamos dizer que morreu com dignidade e de forma serena. Porém, a este direito contrapõe-se o dever do médico, que deve ajudar o paciente a adotar essa realidade numa perspetiva de solidariedade humana.

Como dizem António de Brito e José Rijo, o jurista deve distinguir quatro casos distintos:

“1.º O médico medicamenta e ajuda um doente incurável, impossível de salvar, que sofre de grandes dores, e está no pleno uso das suas faculdades mentais a morrer, pois este, fez-lhe um pedido sério e expresso;

2.º O médico propicia uma morte “boa” a um doente incurável, que sofre de dores insuportáveis e que de modo algum poderá expressar um pedido sério de ajuda para morrer;

3.º O médico mata um doente incurável, a pedido de um terceiro, sendo neste caso indiferente se o doente está ou não na posse das suas faculdades mentais;

4.º O médico mata um doente incurável, sem o seu pedido ou contra o seu desejo.”⁸⁵

Em todas estas situações podemos encontrar várias classes de eutanásia e diversos graus de culpabilidade jurídico-penal que é muito maior nas últimas duas situações. Em todas estas situações o médico ou enfermeiro tanto pode ter atuações positivas, que é o caso, mas também pode ter atuações passivas, isto é, simplesmente deixar o doente morrer. Moralmente falando, é mais bem visto o médico que tenha uma atuação ativa ou passiva com o objetivo de permitir que o doente morra em conforto⁸⁶, do que aquele médico que tem esse tipo de atuações com o intuito de simplesmente causar a morte, pois aí a sociedade já reprova moralmente esse tipo de atuação.⁸⁷

⁸⁵ BRITO, António José dos Santos Lopes de e RIJO José Manuel Subtil Lopes, “Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal, Direito sobre a vida ou direito de viver?”, Almedina, 2000, pp.69

⁸⁶ Nestes casos são casos em que o doente já fez todos os tratamentos possíveis e pouco beneficiou deles.

⁸⁷ Idem.

O doente pode aceitar ou recusar um tratamento, porém, o médico também pode aceitar ou não fazer o tratamento, portanto são dois agentes morais distintos. A moral médica não pode apenas restringir-se a um eventual direito médico. O médico mesmo que tenha o dever de colocar toda a sua aptidão ao serviço dos doentes terminais, não deve, por isso, de deixar de os alertar e prestar o conforto necessário para que tais doentes aceitem a morte com toda a dignidade. Daí considerar-se que a prática da eutanásia tem a mesma qualificação ética, quer esta seja praticada por um profissional de saúde que seja praticada por um terceiro (um familiar ou amigo de confiança do doente), pois do ponto de vista ético existe, em ambos os casos, um agente que causa a morte a outro.⁸⁸

Foi solicitado um parecer acerca dos projetos de lei do PAN, BE, PEV e PS, pela Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, à Ordem dos Enfermeiros, à Ordem dos Psicólogos, entre outros.

Relativamente a estes pedidos todas as entidades emitiram pareceres, mas não acerca de todos os projetos. Ora vejamos:

- A **Ordem dos Enfermeiros** emitiu um parecer, em Maio de 2017, relativo ao projeto de lei apresentado pelo PAN, no qual o considerou um projeto redutor, “na medida em que centraliza o processo num único profissional de saúde – o médico – ignorando a intervenção concreta, não só dos profissionais de Enfermagem, como de outros profissionais de saúde junto da pessoa em situação de fim de vida.”⁸⁹, fazendo referência aos seus artigos 3.º, 5.º e 6.º, criticando ainda, que de acordo com este projeto, os únicos profissionais de saúde que têm o direito de se pronunciar sobre o pedido serão apenas os médicos, sendo que poderá ainda ser pedida uma opinião, posteriormente, de um médico especialista, médicos estes que não têm qualquer relação quotidiana com o doente, não sabendo se esse tipo de decisão é tomada depois de um processo de informação adequada ao doente, ou se os cuidados paliativos estão ou não a surtir efeito, não sabendo assim se os doentes estão a tomar uma decisão livre e consciente, lembrando acerca desta matéria, da importância da multidisciplinariedade que consta no diploma “Comissões de Ética para a Saúde”. Relativamente à proposta do PAN quanto à alteração do Código Penal, esta é também criticada pela Ordem, mais concretamente o aspeto da despenalização dos médicos na aplicação da eutanásia quando este pedido é feito pelo doente; em relação ao projeto de lei apresentado pelo BE sobre a morte medicamente assistida, a Ordem foi a primeira entidade a enviar o seu parecer à Assembleia da República em Março de

⁸⁸ BRITO, António José dos Santos Lopes de e RIJO José Manuel Subtil Lopes, “*Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal, Direito sobre a vida ou direito de viver?*”, Almedina, 2000, pp.70-71.

⁸⁹ Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN) – “Regula o acesso à morte medicamente assistida” – disponível em <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/Meus%20Docs/Mestrado%20UPT/2%C2%BA%20ano/Pareceres%20dos%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde/Ordem%20dos%20Enfermeiros.pdf>

2018, dizendo que é contra este projeto de lei, expondo que “não apresenta maturidade para que possa ser analisado enquanto tal”⁹⁰, evidenciando, como fez no parecer dado ao projeto de lei do PAN, que o projeto de lei do BE seria muito redutor também devido ao facto de incluir apenas o médico no processo da eutanásia, excluindo todos os outros profissionais de saúde que têm uma relação quotidiana muito mais ativa que o médico, e não dando importância à multidisciplinaridade. Em relação ao que o BE propõe acerca de o enfermeiro poder participar no processo desde que esteja sobre supervisão médica, a Ordem rejeita esta ideia por achar que os enfermeiros não estão sob supervisão, em momento algum da sua prática; em relação ao projeto de lei apresentado pelo PS, a Ordem também emitiu um parecer negativo, com críticas comuns aos projetos de lei já aqui discutidos; por último, em Janeiro de 2020, a Ordem emitiu um parecer ao projeto de lei n.º 168/XIV/1.^a, do PEV, que “Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível”, criticando que apesar de incluir os Enfermeiros nas alterações propostas aos artigos 134.º, 135.º e 136.º do Código Penal, nada diz acerca do papel desempenhado por estes entre os profissionais que acompanham os doentes abrangidos pelo projeto de lei.⁹¹, critica ainda o facto deste projeto de lei não esperar a ideia de equipas multidisciplinares ao referir que o procedimento inicia-se com a presença do médico e que é este que administra o fármaco letal ou é ele que vigia a sua administração pelo próprio doente. Conclui a Ordem que, este projeto de lei “não apresenta a maturidade necessária para eu possa ser analisado enquanto tal (...), não dando um parecer favorável a este projeto de lei.

- A **Ordem dos Psicólogos Portugueses** emitiu pareceres⁹² aos projetos de lei apresentados pelo PAN, PEV, BE e PS, nos quais decidiu não se pronunciar acerca da legalização da morte medicamente assistida, propondo, tal como o fez a Ordem dos Enfermeiros, que o processo deveria abranger a participação de um profissional de Psicologia.

- O **Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida**, apenas se pronunciou quanto ao projeto de lei do PAN, criticando-o no facto de este levar à abertura de lacunas quer a nível ético, quer a nível social pelas desigualdades existentes no acesso aos cuidados de saúde. Critica este projeto também em pontos já criticados pelas Ordens que acabámos de ver, tal como o facto de ser contra apenas à intervenção do médico neste processo.

Assim sendo, podemos aferir que a crítica mais comum entre os vários pareceres é o facto de apenas intervir o médico no processo, sendo que este seja talvez um dos profissionais de saúde que menos contacto tem com o quotidiano do

⁹⁰ OBSERVADOR, 12 de Março de 2018, consultado Online em Outubro de 2021.

⁹¹ Projeto de Lei n.º 168/XIV/1.^a (PEV), de Janeiro de 2020, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16803/sai-oe-2020-139.pdf>

⁹² Disponíveis em <https://recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio/pesquisa?colecao=2>

doente, pelo que a intervenção de outros profissionais de saúde no processo se afigura necessária, até porque senão violam a importância da multidisciplinidade que consta no diploma “Comissões de Ética para a Saúde”.

A Ordem dos Enfermeiros pronunciou-se acerca de todos os projetos de lei exceto o do PEV, já o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida apenas se pronunciou quanto ao projeto de lei do PAN. A Ordem dos Psicólogos Portugueses manteve-se neutro em relação a todos os projetos de lei apresentados, exceto o do PAN, sobre o qual não se pronunciou.

Quadro 5 - Análise dos pareceres de organizações da área da saúde relativos aos projetos de lei de regulação da morte medicamente assistida

	PAN	PEV	PS	BE
Ordem dos Enfermeiros	Contra	Contra	Contra	Contra
CNECV	Contra	-	-	-
Ordem dos Psicólogos Portugueses	-	Neutro	Neutro	Neutro

4.2. Posição da Religião Católica

Foi desde bem cedo que se documentaram as crenças cristãs⁹³ que condenaram o suicídio, por Tomás de Aquino, sendo três as razões por ele enunciadas:

- 1º - Porque infringe o desejo natural de viver;
- 2º - Porque prejudica outras pessoas;
- 3º - Porque a vida é um presente de Deus e assim, somente ele deve poder tirá-la.

Foi em 1956 que a Igreja Católica tomou uma posição contra a eutanásia por a considerar contra “a lei de Deus”. No ano seguinte, o Papa Pio XII, consentiu com a eventualidade de a vida ser diminuída como efeito secundário da utilização de drogas para diminuir as dores insuportáveis dos doentes.⁹⁴

Em relação à eutanásia a Igreja Católica sempre foi contra, pois para os Cristãos a vida é um dos de Deus, seja ela boa ou miserável, portanto matar alguém,

⁹³ Muitos cristãos acreditavam que quanto mais o doente sofresse, mais positivo era para ele por este ser uma oportunidade divina de apreender a purificação.

⁹⁴ BRITO, António José dos Santos Lopes de e RIJO José Manuel Subtil Lopes, “*Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal, Direito sobre a vida ou direito de viver?*”, Almedina, 2000, pp.78.

tirar a vida a alguém é um pecado para os Cristãos porque é um atentado contra o Homem, logo é contra Deus também, pois o Homem é um filho de Deus.⁹⁵⁹⁶

Foi publicado recentemente pela Congregação para a Doutrina da Fé, a 22 de Setembro de 2020, uma carta intitulada “*Samaritanus Bonus*”, que significa “O Bom Samaritano”, na qual se vêm opor à prática da eutanásia e suicídio assistido, afirmando que “A Igreja considera que deve reafirmar como ensinamento definitivo que a eutanásia é um crime contra a vida humana porque, com tal ato, o homem escolhe causar diretamente a morte de um outro ser humano inocente”, dizem ainda que “o único direito é o do doente em ser acompanhado e cuidado com humanidade. Só assim se preserva a sua dignidade até o sobrevir da morte natural”. Nesta carta o Papa estabelece ainda que “quem escolhe tirar a própria vida rompe a sua relação com Deus e com os outros”, não podendo dessa forma aceder à confissão nem à santa unção.⁹⁷

Em 2020, a Conferencia Episcopal Portuguesa apoiou as iniciativas contra a despenalização da eutanásia, porém os bispos portugueses defendem que a opção mais digna é os cuidados paliativos para que haja respeito pela vida humana até ao seu fim natural. Numa conferencia de imprensa⁹⁸ o padre Manuel Barbosa declara que sendo este um assunto sério deve-se consultar a sociedade para saber o que é que ela tem a dizer sobre isto, sobre questões que são essenciais para a vida, sendo a Igreja Católica um membro da sociedade.

Mais recentemente, em relação à aprovação parlamentar da lei que autoriza a eutanásia e o suicídio assistido os bispos portugueses mostraram grande indignação e tristeza. Referem, em comunicado, que devido ao agravamento da pandemia mortífera que e vive só veio agravar essa indignação, pois é um momento em que todos se empenham para salvar vidas, restringindo-se, para isso liberdades e fazendo-se sacrifícios económicos, devendo nós valorizar agora a vida mais do que nunca. Defendem que a resposta à doença e ao sofrimento deverá ser a proteção da vida, especialmente pelo acesso aos cuidados paliativos, e não a morte provocada. Concluem os bispos portugueses que estamos perante um retrocesso cultural e que

⁹⁵ Idem – *Idem*.

⁹⁶ Acho importante dar uma ideia de outras duas religiões: a Islâmica e a Igreja Ortodoxa. A **Religião Islâmica** “entende que o Alcorão só permite que se suspendam tratamentos, quando os instrumentos que estão a ser utilizados num doente façam falta a outro com melhores hipóteses de sobreviver, permitindo desta forma a eutanásia passiva.” – ALMEIDA, Joana Rita da Silva, Dissertação: “*Eutanásia: a fronteira entre o direito à vida e o, eventual, direito a morrer*”, Coimbra, Dezembro 2014, pp. 87-88; a religião islâmica entende que a vida humana é sagrada e como tal proíbem a eutanásia e o suicídio e consideram que se uma via não pode ser repostada, então que não vale a pena manter uma pessoa em estado vegetativo – “*Eutanásia na Visão das Grandes Religiões* – disponível em https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/296/435%3b; Em relação à posição da **Igreja Ortodoxa** esta também se opõe à prática da eutanásia, considerando-a, bem como ao suicídio medicamente assistido, assassinatos intencionais de pessoa.

⁹⁷ Carta “Samaritano bónus” da Congregação para a Doutrina da Fé, 22.09.2020 e PUBLICO, Jornal, 22.09.2020.

⁹⁸ Disponível Online, “Conferencia Episcopal Portuguesa manifesta apoio a referendo para travar despenalização da eutanásia”.

devemos apoiar os doentes com amor em todas as suas etapas da vida, principalmente na etapa final.

Temos que perceber que cada um tem a sua forma de pensar, a sua religião, as suas crenças, dependendo da sociedade em que esteja inserido. Apenas temos que aceitar.

5. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA EUTANÁSIA

É nosso entender que esta prática consiste numa decisão antecipada do doente que se encontra com uma doença terminal e sofrimento insuportável, que o leva a pedir ajuda para terminar de vez com esse sofrimento, sendo que este pedido terá que ser sério, reiterado e livre.

A despenalização para a prática da eutanásia suscita ainda diversas dúvidas e algumas divergências quanto à sua legalização.

Para António Lopes de Brito e José Lopes Rijo, caso seja legalizada a eutanásia em Portugal, devem ser consideradas certas precauções, tais como:⁹⁹

- i. Caso se venha a legalizar a prática da eutanásia, apenas os conselhos médicos é que deveriam ter poder para decidir, porém sempre com a concordância da família, sendo que o ideal seria que a eutanásia se realizasse na casa do doente, o que na maioria dos casos não é possível por falta de condições, tendo que ser realizada no Hospital;
- ii. O ato apenas deveria ser praticado por médicos que têm a figura de “mediadores independentes”, uma vez que apenas eles possuem a tecnologia e aptidão necessárias para pôr fim à vida do doente de forma menos dolorosa, enquanto que tanto a família como os enfermeiros estão emocionalmente envolvidos devido à relação mais estreita que possuem com o doente;
- iii. Uma vez que esta prática seria restringida aos médicos, estes teriam o direito à objeção de consciência¹⁰⁰ caso considerassem este ato imoral;
- iv. Para salvaguardar a posição do médico e a vontade do doente, deveria existir um regulamento, para se evitar abusos da sua prática, como acontece nos outros países, tal como a Holanda;
- v. Em relação à situação clínica teria que existir um conselho de três médicos a concordar e a declarar por escrito que o doente tem um prognóstico muito pouco favorável com probabilidade de sucumbir em poucos meses, devendo também participar neste procedimento membros da família e um representante do Estado;
- vi. De seguida a equipa médica seria informada da decisão tomada, decisão essa que abrange a data e hora para colocar termo à vida, tudo decidido pelo próprio doente;
- vii. Sempre que possível, a eutanásia deveria ser praticada na casa do doente, caso este assim o quisesse, no seio da sua família.

⁹⁹ BRITO, António José dos Santos Lopes de e RIJO José Manuel Subtil Lopes, “*Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal, Direito sobre a vida ou direito de viver?*”, Almedina, 2000, pp.109-109

¹⁰⁰ Artigos 38.º, 47.º, n.º 2 e 90.º, n.º 2 do Estatuto Deontológico da Ordem dos Médicos.

Em relação a este último ponto, sou de acordo que o doente deveria poder optar por pôr fim à sua vida em casa, no seio e conforto da sua família, caso fosse possível e possuíssem as condições necessárias para que o doente tenha todo o conforto indispensável, uma vez que desse modo poderiam ajudar a minimizar o sofrimento psicológico do doente, ao invés de morrer numa cama de hospital.

Afinal como começou isto da eutanásia, para voltar a ser debatido no Parlamento? Devemos falar do debate da petição n.º 103/XIII/1.¹⁰¹, o qual a sua apreciação deu início no dia 02 de Fevereiro de 2017, na Assembleia da República, pela primeira vez.¹⁰²

A primeira palavra foi dada ao deputado José Manuel Pureza, do Bloco de Esquerda (BE), que defende que a despenalização de tal prática “*é a única forma de respeitar a livre escolha de todos*”, pois a despenalização permite, mas não obriga, ao contrário da penalização que impede e obriga toda a gente. Nas palavras deste deputado devemos respeitar as decisões do doente terminal, pois é ele que tem dores insuportáveis, não o devendo deixar morrer em agonia e sem dignidade.¹⁰³

Para Isabel Alves Moreira, do Partido Socialista (PS), “*a morte assistida pode revestir duas modalidades: ser o próprio doente a autoadministrar o fármaco letal (suicídio medicamente assistido) ou ser este administrado por outrem (eutanásia)*”, mais diz que ao institucionalizar a morte assistida, esta não entra em conflito nem exclui o acesso aos cuidados paliativos e que a sua despenalização não significa que não haja um investimento nesse tipo de cuidados, até porque nada impede que o doente continue a ter esses cuidados se assim o desejar. Diz que apesar do Partido Socialista reconhecer a importância que esta matéria assume para muitas pessoas, ainda não têm uma posição definida acerca da mesma.

Para Carlos Abreu Amorim, do Partido Socialista Democrata (PSD) o assunto deve ser discutido de forma livre e responsável. Defende que para tomar uma decisão perante este assunto, uma decisão livre e fundamentada, deverá ser feita uma melhor investigação e esclarecimento, dizendo ainda que “*há católicos que são peticionários a favor da eutanásia e, simultaneamente, ateus e agnósticos*” que são contra a eutanásia e que eles, Deputados, tal como a maioria das pessoas, ainda têm dúvidas

António Filipe, deputado do Partido Comunista Português (PCP), defende que a vida humana é o bem jurídico “*mais fundamental de todos os direitos fundamentais*” deixando alguns aspetos expressos, para que o debate seja útil:

¹⁰¹ Realizado em Plenário da Assembleia da República, dirigido ao Presidente da Assembleia da República a propósito do movimento cívico “Direito a morrer com dignidade”, com o propósito da despenalização da morte assistida, disponível em https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/13/02/045/2017-02-01/46?pgs=46-47&org=PL_C&plcdf=true

¹⁰² Idem – pp. 49

¹⁰³ Idem – pp. 47

- O objetivo primordial da discussão é aliviar o sofrimento insuportável dos doentes terminais;
- A institucionalização da eutanásia, nada tem a ver com uma atenuação dos encargos de saúde ou a segurança social;
- Caso a eutanásia seja despenalizada, nada vai ter a ver com as soluções legislativas adotadas em outros países, “*com modelos inquestionáveis*”, tal como acontece na Holanda que se depara com uma banalização da prática da eutanásia.

Para Isabel Galriça Neto, deputada do CDS-PP, a dignidade humana tem um valor intrínseco e patrimonial, pelo que, “*independentemente das circunstâncias, não há vidas que valem a pena ser vividas e vidas que não valem a pena ser vividas.*” Refere que ao despenalizar esta prática suportaria uma banalização e normalização do matar o que seria um retrocesso na sociedade, tal como acontece nos países onde a eutanásia já é legal. Finaliza com a defesa pela vida humana, enquanto bem fundamental e que, portanto, a mesma deve ser protegida e cuidada, pois acredita que “*o sofrimento em fim de vida trata-se cuidando e não eliminando aquele que sofre*”.

André Silva, deputado do Partido de Pessoas, Animais, Natureza (PAN), defende que este debate é um debate sobre a sociedade de mente aberta e evoluída e não um debate sobre constitucionalidade, que é um debate sobre como se morre, se é de forma atroz e com sofrimento, ou se é de forma digna e livre, “*porque pior do que morrer pode ser o processo de morte*”. Diz que num Estado de direito deve ser permitido cada um de nós adequar a nossa vida de acordo com as nossas convicções e a nossa forma de ver as coisas e o mundo, não devendo esta visão ser imposta por terceiros, porém é mesmo isso que acontece: os doentes veem a sua autonomia limitada por estas restrições legais, ou seja, o partido entende que “o Estado está, de um modo que qualificamos como inconstitucional, a ditar às pessoas o modo como estas devem gerir a sua vida”. O partido não defende que a vontade do paciente seja absoluta, mas sim que, diante de casos de sofrimento intolerável, o doente possa, de forma consciente, esclarecido e reiterado, definir as condições que quer para a sua morte. Segundo o deputado “a despenalização da morte assistida não exclui nem conflitua com os cuidados paliativos”.

Para Heloísa Apolónia, deputada do Grupo Parlamentar Os Verdes, é viável a despenalização de prática da eutanásia pois isso vai permitir que uma pessoa, no uso da sua plena consciência, vontade e escolha, de um sofrimento cruel onde já não existe cura. O partido defende que “a vida que vale a pena ser vivida é da opção de cada um, quando nos dizem que o sofrimento miserável é o que se nos oferece para sempre, até à morte anunciada”. Realça que, como já foi dito por outros partidos, esta

despenalização da morte assistida não pode, de modo nenhum, substituir os cuidados paliativos.

Em 29 de Maio de 2018, foram apresentados em debate conjunto no Parlamento, quatro projetos de lei:¹⁰⁴

- Lei n.º 418/XIII (2.ª) pelo PAN, que regula o acesso à morte medicamente assistida;
- Lei n.º 773/XIII (3.ª), pelo BE, que define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível;
- Lei n.º 832/XIII (3.ª), pelo PS, que procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível;
- Lei n.º 838/XIII (3.ª), pelo Os Verdes, que define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível.

André Silva, deputado do PAN, defende que o doente que se encontre perante situações de sofrimento intolerável e insuportável, sofrimento este que é “uma experiência pessoal e intransmissível”, efetue o pedido de eutanásia, pois refere que nem todo o sofrimento é tratável, nem sempre os cuidados paliativos aliviam a dor, competindo, portanto, ao Estado, ser este a tomar providencias neste tipo de situações. O projeto do PAN defende que a *“morte medicamente assistida pode concretizar-se de duas formas: eutanásia, quando o fármaco letal é administrado por um médico, e suicídio medicamente assistido, quando é o próprio doente a autoadministrar o fármaco letal, sob a orientação e supervisão de um médico”*. Concluem dizendo que com este projeto de lei pretendem apenas *“conceder às pessoas o direito a viver com dignidade, mesmo na hora da morte”*.¹⁰⁵

Para José Manuel Pureza, deputado do BE, o projeto visa definir e regular as condições em que a antecipação da morte, por decisão do próprio doente não é punível¹⁰⁶, é simples e baseia-se em cinco pontos fundamentais: primeiro define e regula as condições em que a antecipação da morte por decisão da própria pessoa,

¹⁰⁴ DIÁRIO da Assembleia da República – Reunião Plenária de 29 de Maio de 2018 – disponível em <https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/13/03/090/2018-05-29/1?q=eutanasia%2Bdebate%2B&pPeriodo=r3>, consultado em 26 de Novembro de 2021.

¹⁰⁵ Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN) – *Regula o acesso à morte medicamente assistida* – Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953556c4a5447566e4c305276593356745a57353062334e4a626d6c6a6157463061585a684c7a557a4e7a4177597a566b4c5449335a5445744e444268595331694f4451324c574d355a6a4179596a49335954686c5979356b62324d3d&fic h=53700c5d-27e1-40aa-b846-c9f02b27a8ec.doc&Inline=true>

¹⁰⁶ Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª (BE) – *Define e Regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível* – Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953556c4a5447566e4c305276593356745a57353062334e4a626d6c6a6157463061585a684c7a68694e4459344d5467794c5449345a6a67744e47466b4f5330354f4463794c5449795a5755334d32497a4e575a6c4f43356b62324d3d&fic h=8b468182-28f8-4ad9-9872-22ee73b35fe8.doc&Inline=true>

não é punível, portanto, o doente tem que ter uma lesão definitiva ou doença incurável e fatal, e tem que estar em sofrimento duradouro e insuportável, e praticada ou ajudada por profissionais de saúde; segundo apenas pode ser feito, este pedido, por pessoa maior e capaz de entender o sentido e alcance do pedido, excluindo-se assim os menores e doentes mentais; terceiro, tem que ser verificado por dois médicos se se verifica uma lesão definitiva ou doença incurável e fatal em que o sofrimento seja duradouro e insuportável, tendo os mesmos médicos que prestar ao doente toda a informação e esclarecimento sobre a sua situação clínica; quarto, sempre que um médico tenha dúvidas sobre a capacidade da pessoa para fazer este pedido, é obrigatório o parecer de um especialista em Psiquiatria, que caso seja um parecer que confirme tal suspeita é o procedimento cancelado e dado por encerrado; quinto e último, esta decisão de antecipação da morte é uma decisão exclusiva do doente e é revogável a todo o tempo. Pretende, o partido, o respeito da sociedade portuguesa pela livre decisão de cada um.

Maria Antónia Almeida Santos, deputada do PS, realça – e bem! – que a Constituição da República Portuguesa define a vida “como direito inviolável, mas não como dever irrenunciável”. O partido defende que o pedido do doente deve ser livre, sério e esclarecido, e deve ser uma vontade atual e reiterada, pedido esse que terá que passar por um processo clínico legal, salvaguardando que a eutanásia não será praticada nos seguintes casos: se o doente não estiver consciente e esclarecido; se houver dúvidas sobre o discernimento do doente; se o parecer do médico orientador for desfavorável; se o parecer do médico especialista for desfavorável; se o parecer da comissão de verificação e avaliação for desfavorável; se, no momento imediatamente anterior e perante testemunhas; o doente não reiterar a sua vontade.¹⁰⁷

Para reforçar a importância da informação e esclarecimento, prevê o partido que a Direção-Geral da Saúde disponibilize, online, uma área destinada a informação sobre a realização de eutanásia não punível.¹⁰⁸

Para Heloísa Apolónia, deputada de Os Verdes, o projeto apresentado “assenta na dignidade da pessoa humana, a dignidade de cada ser humano, em concreto, e de todos, por consequência, o que implica o respeito pela autonomia pessoal num contexto social”¹⁰⁹. Defende, o partido, que a morte medicamente assistida deve ter lugar apenas em hospitais públicos e que é um processo clínico no qual não se

¹⁰⁷ DIÁRIO da Assembleia da República – Reunião Plenária de 29 de Maio de 2018 – disponível em <https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/13/03/090/2018-05-29/1?q=eutanasia%2Bdebate%2B&pPeriodo=r3>, consultado em 26 de Novembro de 2021.

¹⁰⁸ Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.^a (ps) – Procede à 47.^a alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível – Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953556c4a5447566e4c305276593356745a57353062334e4a626d6c6a6157463061585a684c32526b5a446b774f5749314c5449324d3249744e446b774f4330354d7a41324c574a694e574e684f474d335a47466a5979356b62324d3d&fich=ddd909b5-263b-4908-9306-bb5ca8c7dacc.doc&InLine=true>

¹⁰⁹ DIÁRIO da Assembleia da República – Reunião Plenária de 29 de Maio de 2018 – disponível em <https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/13/03/090/2018-05-29/1?q=eutanasia%2Bdebate%2B&pPeriodo=r3>, consultado em 26 de Novembro de 2021 – pp. 14

prescinde um médico titular do processo que acompanhe o doente até ao final e que este pedido “só pode ser feito por paciente consciente, capaz, informado e maior de idade”¹¹⁰ e nunca por um menor ou incapaz.

Após o estudo dos mencionados projetos de lei e, apesar de os mesmos terem sido chumbados pelo Parlamento, na minha opinião estão no bom caminho, ora vejamos: todos eles permitem que o doente opte qual o local da prática da eutanásia, podendo ele ser nos hospitais, quer públicos ou privados, ou nas suas casas desde que reúnam as condições necessárias para tal¹¹¹; todos eles têm uma Comissão que vai avaliar todos os pedidos de eutanásia, o que é importante para que não haja nenhum “fraude”¹¹². Porém, acontece que nos Projetos de Lei mencionados apenas fala da opinião dos médicos, passando por um médico especialista em psiquiatria caso necessário, e pela Comissão de Avaliação, sendo que também acho importante que, caso o pedido do doente seja vetado, se tenha em conta a opinião de outro profissional de saúde, em especial aquele que acompanha o doente no dia a dia e conhece as suas dificuldades, como por exemplo um enfermeiro.

A 20 de Fevereiro, a prática da eutanásia volta a ser debatida no Parlamento, sendo apresentados cinco Projetos de Lei, conjuntamente, pouco diferentes dos já apresentados anteriormente em 2018, apenas surgiu um novo projeto do partido “Iniciativa Liberal”¹¹³, isto é, são apresentados Projetos de Lei dos partidos, Pessoas-Animais-Natureza (PAN)¹¹⁴, do Bloco de Esquerda (BE)¹¹⁵, do Partido Socialista (PS)¹¹⁶, Partido Ecologista “Os verdes” (PEV)¹¹⁷ e da Iniciativa Liberal (IL)¹¹⁸. Todos os projetos de lei defendem a despenalização de quem pratica a morte assistida, sendo que o pedido apenas pode ser feito caso a pessoa que o faz seja maior de idade, e esteja em “situação de sofrimento duradouro e insuportável”¹¹⁹, “sem expetável

¹¹⁰ Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª (Os Verdes) – Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível” – Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953556c4a5447566e4c305276593356745a57353062334e4a626d6c6a6157463061585a684c7a466a59574d344d545a6d4c54597a4d3249744e44457a4d4331694d6a49774c544530596d5a6c4e6a45774d6a59325969356b62324d3d&fi ch=1cac816f-633b-4130-b220-14bfe610266b.doc&inline=true>

¹¹¹ Artigo 11.º do Projeto Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS); artigo 10.º do Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª (BE); artigo 14.º do Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN)

¹¹² Artigos 8.º e 23.º do Projeto Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS); artigos 7.º e 19.º do artigo 10.º do Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª (BE); artigos 20.º e ss. do Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN); artigos 8.º e 13.º do Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª (Os Verdes).

¹¹³ RTP Notícias, “Eutanásia. As diferenças e as semelhanças entre os vários projetos”. Disponível em https://www.rtp.pt/noticias/politica/eutanasia-as-diferencas-e-as-semelhancas-entre-os-varios-projetos_es1206070

¹¹⁴ Projeto de Lei n.º 67/XV/1ª – “Regula o acesso à morte medicamente assistida”.

¹¹⁵ Projeto de Lei n.º 4/XIV/1.ª – “Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível”.

¹¹⁶ Projeto de Lei n.º 104/XIV – “Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível”.

¹¹⁷ Projeto de Lei n.º 169/XIV/1.ª – “Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível”.

¹¹⁸ Projeto de Lei n.º 195/XIV/1.ª – “Regula Antecipação do fim da vida, de forma digna, consciente e medicamente assistida”.

¹¹⁹ Projeto de Lei n.º 4/XIV/1.ª (BE) – Disponível em http://img.rtp.pt/icm/noticias/docs/97/97addec99154844b9dd1c54d27bb7269_2c1542999fee862e3f4f0ac4ee60c6a2.pdf

esperança de melhoria clínica, encontrando-se em estado terminal”¹²⁰. A pessoa apenas pode fazer este pedido se for uma decisão consciente e expressa, manifestando vontade atual, livre, séria e esclarecida”¹²¹, sendo que essa vontade é confirmada várias vezes, e em todos os projetos também existe a possibilidade de objeção de consciência para médicos e enfermeiros, sendo que essa recusa, de acordo com o diploma do PS, no seu artigo 19.^º¹²², deve ser comunicada ao doente num prazo não superior a 24 horas e deve especificar as razões pelas quais não o quer praticar a morte medicamente assistida. Em todos os projetos apresentados existe também a possibilidade de revogação, pelo doente, a todo o momento, podendo ser escrita ou oral.

Em 12 de Fevereiro de 2021 foi publicado o Decreto-Lei n.º 109/XIV¹²³, o qual foi remetido pelo Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa ao Tribunal Constitucional, ao abrigo do disposto no artigo 278.º, n.º 1 da CRP e dos artigos 51.º, n.º 1 e 57.º, n.º 1 da Lei n.º 28/82, de 15 de novembro, para que este fiscalizasse preventivamente a constitucionalidade de diversas normas do mencionado Decreto. Nesse sentido, foi publicado, em 12 de Abril de 2021 o Acórdão n.º 213/2021 pelo Tribunal Constitucional no qual este se pronunciou acerca da inconstitucionalidade da norma constante do artigo 2.º, n.º 1 desse mesmo Decreto, e em consequência, pela inconstitucionalidade das normas constantes dos artigos 4.º, 5.º, 7.º e 27.º,¹²⁴ fundamentando que violava o princípio de determinabilidade da lei “enquanto corolário dos princípios do Estado de direito democrático e da reserva de lei parlamentar, decorrentes das disposições conjugadas dos artigos 2.º e 165.º, n.º 1, alínea b), da Constituição da República Portuguesa, por referência à inviolabilidade da vida humana consagrada no artigo 24.º, n.º 1 da Constituição.”¹²⁵

¹²⁰ Projeto de Lei n.º 168/XIV/1.^a (PEV) – Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d45764d544e6a4f54646c4f5745744e324578597930304d4455304c574534595467744e4467335a574d325a4745334f44686b4c6d527659773d3d&fich=13c97e9a-7a1c-4054-a8a8-487ec6da788d.doc&inline=true>

¹²¹ Projeto de Lei n.º 195/XIC/1.^a (IL) – Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d45764d6d457a4f4759794e7a4d745a44686b5a5330304e7a6b7a4c546c684f4749744f57526b4e5759324d7a646d4d7a45344c6d527659773d3d&fich=2a38f273-d8de-4793-9a8b-9dd5f637f318.doc&inline=true>

¹²² Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d45764f444d7a5a4755794d4441744e6d526b596930304d32526c4c574578597a4d744d5441355a6d55314e54466a596d59304c6d527659773d3d&fich=833de200-6ddb-43de-a1c3-109fe551cbf4.doc&inline=true>

¹²³ Decreto N.º 109/XIV, “Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal” – Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a566b786c5a79394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a564268636d786862575675644746794c325978597a466b4d7a42694c5467304d7a4d744e4459305a533169597a46684c5759784e4755354d4445774d445a695979356b62324e34&fich=f1c1d30b-8433-464e-bc1a-f14e901006bc.docx&inline=true>

¹²⁴ Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 123/2021, disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/acordao-tribunal-constitucional/123-2021-161220092>

¹²⁵ Carta enviada pelo Presidente da República à Assembleia da República relativa ao Decreto n.º 199/XIV que “Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal”, disponível em https://www.presidencia.pt/media/uhjckew3/carta_ar_20211129.pdf

Quanto ao alargamento do recurso à morte medicamente assistida, o mencionado Acórdão menciona: *“enquanto os ordenamentos jurídicos europeus em que a eutanásia se encontra prevista (concretamente, o holandês, o belga e o luxemburguês) admitem que a morte assistida possa ocorrer sem que o doente sofra de uma doença fatal ou em fase terminal, a exigência inversa é feita nos ordenamentos jurídicos do continente americano (concretamente, no canadiano, no colombiano e nos Estados federados dos Estados Unidos da América que despenalizaram o suicídio assistido - Oregon, Washington, Vermont, Califórnia, Colorado, Havai, Nova Jérsi, Maine e Distrito da Colúmbia). Esta diversidade de soluções normativas reflete a diferença de valoração e de ponderação atribuída às mencionadas exigências de natureza objetiva relativas à proteção da vida humana em confronto com a autodeterminação individual do doente. Ora, a opção legislativa neste domínio tem de ser clara, de modo a permitir um juízo igualmente claro quanto à respetiva legitimidade constitucional, nomeadamente à luz da inviolabilidade da vida humana consagrada no artigo 24.º, n.º 1, da Constituição”*.

Em 15 de Março de 2021, no seguimento da deliberação do Tribunal Constitucional, o Presidente da República devolve o Decreto inconstitucional à Assembleia da República sem o promulgar, como impõe o artigo 279.º, n.º 1 da Constituição da República Portuguesa¹²⁶.

Em 25 de Novembro do mesmo ano, chegou à Presidência da República um novo Decreto, o Decreto n.º 199/XIV, alterado pela Assembleia da República e publicado no Diário da Assembleia da República em 19 de Novembro de 2021. Esta alteração além de introduzir alterações para fazer face à anterior decisão do Tribunal Constitucional, junta novas normas que o Presidente da República faz menção na sua Carta:

“no novo número 3 desse artigo 3.º, a exigência para recurso à antecipação da morte medicamente assistida, passa a ser “doença grave ou incurável”.

E, aumentado a perplexidade, a alínea d) do novo artigo 2.º, contendo definições essenciais para a aplicação da lei, define a doença grave ou incurável como doença grave e incurável”.

Ou seja, no mesmo Diploma, refere que se exige para a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, doença grave, doença incurável ou doença fatal, que são três coisas distintas. Não pode ser possível, pois o legislador tem de escolher entre uma das três, isto é, entre “doença grave”, “doença grave e incurável” ou “doença incurável e fatal”. Marcelo Rebelo de Sousa, na sua carta dirigida à Assembleia da República, solicita que a mesma *“opte entre o exigido no número 1 e o exigido no número 3 do*

¹²⁶ Artigo 279.º, n.º 1 da CRP: *“Se o Tribunal Constitucional se pronunciar pela inconstitucionalidade de norma constante e qualquer decreto ou acordo internacional, deverá o diploma ser vetado pelo Presidente da República ou pelo Representante da República, conforme os casos, e devolvido ao órgão que o tiver aprovado.”*

artigo 3.º. E, no caso de deixar de exigir a “doença fatal”, opte entre a doença ser grave ou incurável, como se diz no número 3 do artigo 2.º, ou cumulativamente grave e incurável, e como se diz na alínea d) do artigo 2.º”.

Em relação a este último Diploma, Marcelo Rebelo de Sousa não suscitou a fiscalização prévia da constitucionalidade pelo Tribunal Constitucional por existirem “prévias aparentes incongruências de texto a esclarecer, e, por outro lado, por desse esclarecimento decorrer, largamente, o tipo de juízo jurídico-constitucional formulável”¹²⁷.

O Diploma é devolvido à Assembleia da República, sem promulgação e com o pedido de a Assembleia da República clarificar “se é ou não exigível “doença fatal” como requisito de recurso a morte medicamente assistida e se, não o sendo, a exigência de “doença grave” e de “doença incurável” é alternativa ou cumulativa. E, ainda, pondere, no caso de não exigência de “doença fatal”, se existem razões substanciais decisivas, relativamente à sociedade portuguesa, para alterar a posição assumida em fevereiro de 2021, no Decreto n.º 109/XIV”¹²⁸.

Após analisar o Decreto N.º 199/XIV¹²⁹, observo que os enfermeiros podem ajudar ou até praticar o ato de antecipação da morte, previsto no artigo 18.º, n.º 1:

*“1 – Os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Médicos e também os inscritos na **Ordem dos Enfermeiros podem praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte**, excluindo-se aqueles que possam vir a obter qualquer benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial.”*

O que me parece bastante correto, pois já é conhecido que na maioria dos casos são os enfermeiros que passam o dia a dia com o doente e que conhecem de verdade o seu sofrimento.

Em relação à objeção de consciência pelo profissional de saúde, o facto de ele não ter que ser fundamentada – artigo 21.º, n.º 5 –, pode ser positivo, pois a sua fundamentação poderia deixar o doente triste ou sentir-se imoral e poderia influenciar as suas decisões, assim, ao não ter que fundamentar o doente após ter sido bem informado e decidir mesmo assim por esta prática, não s vai sentir “mal” pela opção que tomou.

O que talvez falte neste Decreto, e nos tantos outros que já foram alterados, é uma pequena alteração à nossa Constituição, como já referido no ponto 3.1., pois se a

¹²⁷ ¹²⁷ Carta enviada pelo Presidente da República à Assembleia da República relativa ao Decreto n.º 199/XIV que “Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal”, disponível em https://www.presidencia.pt/media/uhjckew3/carta_ar_20211129.pdf

¹²⁸ Idem.

¹²⁹

Decreto N.º 199/XIV, disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765247396a6457316c626e52766330466a64476c32615752685a47565159584a735957316c626e5268636938774f5749314d574d344e5330334d441304c5451315a44457459575a684f433077596d4977597a5a6d5a4759355a44449755a47396a65413d3d&fich=09b51c85-7004-45d1-afa8-0bb0c6fdf9d2.docx&Inline=true>

Constituição da República Portuguesa defende que a vida é um bem indisponível, mais tarde a despenalização da eutanásia poderá entrar em conflito com a nossa Constituição.

Por fim, chamou-me á atenção de no artigo 29.º, n.º 1 do mencionado Decreto, referir que:

“1 – Para efeitos do contrato de seguro de vida, a antecipação da morte não é fator de exclusão.”

E bem! Pois uma pessoa não deve ter que sofrer, sem certezas de por quanto tempo, só para que a sua família possa usufruir do seguro de vida que em tempos realizou. Nunca sabemos o que a vida nos reserva no futuro.

CONCLUSÃO:

Se falarmos de direitos fundamentais, vemos que a prática da eutanásia não se identifica com os mesmos e talvez seja por isso que muitas pessoas não a aceitem de bom agrado. E apesar dos avanços tecnológicos na área da medicina que proporcionam infindos benefícios à população, e de cada vez mais se apostar nos cuidados paliativos, a verdade é que não se consegue imaginar as dores físicas e psicológicas, que os doentes terminais enfrentam, não havendo grande solução para tal.

Não surgem dúvidas de que a vida é um bem jurídico e um bem que a nossa Constituição da República Portuguesa estabelece como inviolável, sendo dever do Estado proteger a mesma. Mas como disse Maria Antónia Almeida Santos, deputada do PS, a Constituição apenas define a vida “*como direito inviolável, mas não como dever irrenunciável*”. Portanto, se o doente decide dispor da sua própria vida, de forma livre e informada, ficamos perante um confronto entre vários princípios, tais como o da autonomia privada e o da dignidade.

Sendo assim, o objetivo desta investigação foi analisar a eutanásia, nos princípios e direitos constitucionais e no direito penal, desdobrando este trabalho em cinco capítulos.

No primeiro capítulo, fazemos uma breve introdução à eutanásia e a sua evolução e análise histórica, concluindo que o pedido do doente está dependente do seu estado mental e de saúde e se este se encontra em sofrimento insuportável. Vemos aqui também a evolução da eutanásia não só em Portugal, mas também noutros países onde esta surgiu primeiro. Pudemos também estudar os três tipos de eutanásia existentes: eutanásia passiva; eutanásia ativa direta; e eutanásia ativa indireta.

No segundo capítulo procurou-se explicar o que é o testamento vital e as diretivas antecipadas da vontade, para que este não se confunda com a eutanásia, como muitas vezes acontece.

No terceiro capítulo abordámos direitos fundamentais presentes na nossa Constituição e falámos do ordenamento penal onde a prática de ajuda ao suicídio é punível, mesmo que a mesma seja praticada por compaixão, sendo que essa compaixão traz uma atenuante à pena no caso do homicídio privilegiado, sendo que no homicídio a pedido da vítima a atenuante será o pedido sério, instantâneo e expresso. Ou seja, enquadrámos a eutanásia no ordenamento jurídico português, mais concretamente nos artigos 133.º, 134.º e 135.º do Código Penal, pois esta prática encontra-se no homicídio privilegiado, no homicídio a pedido da vítima e na ajuda ao suicídio. Aqui aproveitámos também para falar da prática da eutanásia noutros países onde a mesma já é despenalizada, tornando-se, em alguns países (por exemplo no

caso da Holanda) uma morte banalizada, que é o que não pretendemos trazer para o nosso ordenamento jurídico.

No quarto capítulo ocupámo-nos de relacionar a eutanásia com ética e moral, nos casos dos profissionais de saúde e da religião Católica. Sou da opinião que em relação aos profissionais de saúde, importa aqui referir que é da minha opinião que caso o doente tenha dúvidas quanto às decisões que deve tomar, quando se trata de decidir se quer a prática da eutanásia ou não, este deve ter ajuda a nível multidisciplinar, isto é, de vários profissionais de saúde que o acompanham diariamente e sabem melhor o que este passa no dia-a-dia, e não deveria ser apenas o médico a intervir nesta decisão.

No quinto e último capítulo fizemos um breve estudo da lei da eutanásia em Portugal e como é que esta discussão tem surgido no nosso Parlamento.

Somos da opinião de se deve continuar a investir nos cuidados paliativos, mas que em casos extremos a eutanásia deve ser despenalizada, mas apenas em casos de doença fatal e incurável, na qual o doente tem dores insuportáveis e não tem qualidade de vida, para se evitar que a prática da mesma seja banalizada como acontece noutros países.

Em relação àqueles que defendem que ao invés de despenalizarem a eutanásia que o país devia investir mais no desenvolvimento dos cuidados paliativos, concordo que tais tratamentos são benéficos porque ajudam os doentes aliviando a sua dor, porém esta realidade não elimina a outra, porque nem todos têm beneficiado destes cuidados¹³⁰ e os que beneficiam muitas das vezes não conseguem aliviar as dores como era expectável, nem corresponde às suas necessidades.

A despenalização da eutanásia é uma realidade que está cada vez mais perto e que desde que se salvguarde a tutela do bem jurídico vida humana, devemos avançar com ela.

Acredito que com as retificações para que Marcelo Rebelo de Sousa chama a atenção, devemos ficar com uma boa Lei para avançarmos para o próximo patamar.

¹³⁰ De acordo com uma notícia da Rádio Renascença, publicada em 22 de Maio de 2018, “mais de 80% dos doentes não têm acesso a cuidados paliativos”, mais diz que de entre 70 mil e 85 mil portugueses que necessitam desses cuidados, apenas 12 mil terão recebido esse tipo de cuidados. Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos afirma que “Neste momento, o número de portugueses que tem acesso a cuidados paliativos é menos de 20€. Temos aqui um défice importante.”, disponível em <https://rr.sapo.pt/noticia/113898/mais-de-80-dos-doentes-sem-acesso-a-cuidados-paliativos>

BIBLIOGRAFIA:

- A Eutanásia na Visão das Grandes Religiões, disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/296/435
- ABENTA ROQUE, Margarida, Dissertação: “A última escolha: Repensar a morte em vida”, Universidade de Lisboa, Departamento de Filosofia, 2010.
- Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, 16/12/2015, Relator: Rui Gonçalves, disponível em <http://www.dgsi.pt/>
- ALMEIDA, Joana Rita da Silva, Dissertação “Eutanásia: a fronteira entre o direito à vida e o, eventual, direito a morrer”, Coimbra, Dezembro 2014
- ARAÚJO, Maria Daniela Teixeira, Dissertação “EUTANÁSIA: uma dor silenciosa?” – Universidade de Coimbra Faculdade de Direito, 2013
- BERNARD, Jean, “A Bioética”, Instituto Piaget
- BRITO, António José dos Santos Lopes de e RIJO José Manuel Subtil Lopes, “Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal, Direito sobre a vida ou direito de viver?”, Almedina, 2000
- Carta “Samaritano bónus” da Congregação para a Doutrina da Fé sobre o cuidado das pessoas nas fases críticas e terminais da vida, 22.09.2020, disponível em <https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2020/09/22/0476/01077.html#port>
- Carta enviada pelo Presidente da República à Assembleia da República relativa ao Decreto n.º 199/XIV que “Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal”
- “COMMISSION Fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie”. Disponível em <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-de-contrôle-et-devaluation-de-leuthanasie>
- “Conferencia Episcopal Portuguesa manifesta apoio a referendo para travar despenalização da eutanásia” Disponível no Youtube em <https://www.youtube.com/>
- COUTO, Diana Ferreira, “A Justiça Penal relativamente ao bem jurídico “Vida Humana””, Artigo Online, Disponível em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/5728-Texto%20do%20artigo-18074-1-10-20161230.pdf>
- DIÁRIO da Assembleia da República – Reunião Plenária de 29 de Maio de 2018
- Diário de Notícias, de 10.05.2018, em <https://www.dn.pt/mundo/cientista-australiano-feliz-por-morrer-hoje9325921.html>
- DIAS, Jorge de Figueiredo – “Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I” – Coimbra Editora, 2012

- El País, disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2019/10/22/deportes/1571777795_278951.html
- “Eutanásia e Suicídio Assistido – Legislação comparada”, Assembleia da República, Divisão de informação legislativa parlamentar, Coleção Temas, Abril 2016;
- GODINHO, Inês Fernandes, Artigo: “Direito à morte ou liberdade para morrer: revisitação do case of Pretty V, the United Kingdom. A respeito da morte assistida em pessoas com VIH/SIDA”
- GODINHO, Inês, “Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de participação em direito penal”, Coimbra Editora, 2015
- GLOBO - <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/cientista-david-goodall-de-104-anos-morre-na-suica-apos-suicidio-assistido.ghtml>
- GOLDIM, José Roberto, “Slippery Slope”, 1985, disponível em <https://www.ufrgs.br/bioetica/slippery.htm>
- GOLDIM, José Roberto, “Eutanásia – Austrália”, 1996, disponível em <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanaus.htm>
- GOUVEIA, Marivaldo e ATILIO PEREIRA DE SOUZA, Felipe, Artigo: “A história da eutanásia”, Toledo
- ISRAEL, Lucien, “A vida até ao fim”, Instituto Piaget
- Jornal Observador, “Ordem dos Enfermeiros contra projeto de lei do Bloco sobre eutanásia”, 12 de Março de 2018, Disponível em <https://observador.pt/2018/03/12/ordem-dos-enfermeiros-contraprojeto-de-lei-do-bloco-sobre-eutanasia/>
- JOSÉ ANDRADE SANTOS, Alfredo, Dissertação: “Os problemas penais da eutanásia e suicídio assistido”, Universidade Autónoma de Lisboa, Departamento de Direito, Outubro de 2016
- MIRANDA, Aleida, Dissertação “Enquadramento Jurídico da Eutanásia em Portugal”, Lisboa, 2021
- MIRANDA, Jorge, “Escritos Vários sobre Direitos Fundamentais”, Principia Editora, 2006
- NUNES, Lucília, “E quando eu não puder decidir?”, FFMS, Setembro de 2016
- OBSERVADOR: “Marieke Vervoort, a atleta paralímpica que decidiu morrer no dia em que achou que tudo era já “suficiente”” – disponível em <https://observador.pt/2019/10/23/marieke-vervoort-a-atleta-paralimpica-que-decidiu-morrer-no-dia-em-que-achou-que-tudo-era-ja-suficiente/>
- OLIVEIRA, Nuno, “A jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem sobre o fim da vida”, Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
- OSSWALD, Walter, “Sobre a Morte e o Morrer”, FFMS, Maio de 2013

Parecer da Ordem dos Enfermeiros, disponível em <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/Meus%20Docs/Mestrado%20UPT/2%C2%BA%20ano/Pareceres%20dos%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde/Ordem%20dos%20Enfermeiros.pdf>

RTP Noticias, “*Eutanásia. As diferenças e as semelhanças entre os vários projetos*”

Rádio Renascença, “*Entre a Austrália a Holanda. Quão liberais e reguladas são as propostas de lei para a eutanásia?*”, Disponível em <https://rr.sapo.pt/2020/02/21/pais/entre-a-australia-e-a-holanda-quao-liberais-e-reguladas-sao-as-propostas-de-lei-para-a-eutanasia/el/182570/>

Regional Euthanasia Review Committees (RTE), Disponível online em <https://english.euthanasiecommissie.nl/>

ROXIN, Claus, “*Estudos de Direito Penal*”, traduzido por Luís Greco, Biblioteca do Tribunal de Justiça (Palácio de Justiça), 2006, disponível em <http://arquimedes.adv.br/livros100/Estudos%20de%20Direito%20Penal%20-%20Claus%20Roxin.pdf>

Sante Publique, Securite de la Chaine Alimentaire et Environnement, disponível em <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents>

SARAIVA, Rodrigo Alves Pereira de Carvalho, “*A prática de Eutanásia na Holanda – Artigo de revisão*”, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2015/2016

SEMEDO, João, “*Morrer com dignidade*”, Contraponto, 2018

SOARES, Martinho, Artigo: “*Eutanásia e suicídio na cultura clássica grecoromana*”;

SWISS INFO, “*Dignitas e seu trabalho missionário pela eutanásia no exterior*”, Disponível em https://www.swissinfo.ch/por/suic%C3%ADdio-assistido_dignitas-e-seu-trabalho-mission%C3%A1rio-pela-eutan%C3%A1sia-no-exterior/44539298

Vatican News, “*Portugal: bispos se pronunciam sobre a aprovação da eutanásia no país*”, disponível em <https://www.vaticannews.va/pt/igreja/news/2021-01/portugal-bispos-pronunciam-sobre-a-aprovacao-da-eutanasia.html>

Voluntary Assisted Dying Act 2017 - Disponível em <https://www.legislation.vic.gov.au/>

Pareceres e Projetos de Lei:

- Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.^a (PAN) – “Regula o acesso à morte medicamente assistida”
- Projeto de Lei n.º 168/XIV/1.^a (PEV), de Janeiro de 2020
- Petição n.º 103/XIII/1
- Lei n.º 418/XIII (2.^a)
- Lei n.º 773/XIII (3.^a)
- Lei n.º 832/XIII (3.^a)
- Lei n.º 838/XIII (3.^a)
- Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.^a (BE) – Define e Regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão toda própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível
- Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.^a (PS) – Procede à 47.^a alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível
- Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.^a (Os Verdes) – Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível”
- Projeto de Lei n.º 4/XIV/1.^a – “Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível”.
- Projeto de Lei n.º 104/XIV – “Procede à 50.^a alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível”.
- Projeto de Lei n.º 169/XIV/1.^a – “Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível”
- Projeto de Lei n.º 195/XIV/1.^a – “Regula Antecipação do fim da vida, de forma digna, consciente e medicamente assistida”.
- Decreto N.º 199/XIV

Legislação:

- Lei 25/2012, de 16 de julho
- Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março
- Regulamento n.º 14/2009, de 13 de Janeiro
- Decreto de 10 de Abril de 1976
- Declaração Universal dos Direitos do Homem
- Lei n.º 16/2011, de 22 de Junho
- “Lei dos Direitos dos Pacientes Terminais” (“Rights of the Terminally III Act 1995”) em <https://www.legislation.gov.au/>

ANEXOS:



Rubrica do
Outorgante

DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE (DAV)

Ao abrigo e para os efeitos previstos na Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, o presente documento traduz a minha manifestação antecipada da vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que desejo receber, ou que não desejo receber, no caso de, por qualquer razão, me encontrar incapaz de expressar a minha vontade pessoal e autonomamente.

Este documento, que subscrevo sendo maior de idade e capaz e não me encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é por mim unilateral e livremente revogável a qualquer momento.

IDENTIFICAÇÃO DO OUTORGANTE

Nome

Doc. Identificação N.º Val.

Nacionalidade / Naturalidade

N.º Utente Data de nascimento

Morada

C. Postal País Tel.

Correio eletrónico

Pretendo nomear meu Procurador de Cuidados de Saúde _____

Nome

Doc. Identificação N.º Val.

Nacionalidade / Naturalidade

N.º Utente Data de nascimento

Morada

C. Postal País Tel.

Correio eletrónico

1 de 4

Pretendo nomear meu Procurador de Cuidados de Saúde suplente _____

Nome

Doc. Identificação

Nº

Val.

Nacionalidade / Naturalidade

Nº Utente

Data de nascimento

Morada

C. Postal

País

Tel.

Correio eletrónico

SITUAÇÃO CLÍNICA EM QUE A DAV PRODUZ EFEITOS

Quando me encontrar incapaz para expressar a minha vontade autonomamente, em consequência do meu estado de saúde física e/ou mental, e se verificarem uma ou mais das seguintes hipóteses:

(assinalar com um X as hipóteses aplicáveis)

- Me ter sido diagnosticada doença incurável em fase terminal
- Não existirem expectativas de recuperação na avaliação clínica feita pelos membros da equipa médica responsável pelos cuidados, de acordo com o estado da arte
- Inconsciência por doença neurológica ou psiquiátrica irreversível, complicada por intercorrência respiratória, renal ou cardíaca

Outras:

CUIDADOS DE SAÚDE A RECEBER/NÃO RECEBER

Assim, manifesto a minha vontade clara e inequívoca de:

(assinalar com um X as hipóteses aplicáveis)

- Não ser submetido a reanimação cardiorrespiratória

2 de 4

- Não ser submetido a meios invasivos de suporte artificial de funções vitais
- Não ser submetido a medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte
- Participar em estudos de fase experimental, investigação científica ou ensaios clínicos
- Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental
- Recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos
- Interromper tratamentos que se encontrem em fase experimental ou a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos, para os quais tenha dado prévio consentimento
- Não autorizar administração de sangue ou derivados
- Receber medidas paliativas, hidratação oral mínima ou subcutânea
- Serem administrados os fármacos necessários para controlar, com efetividade, dores e outros sintomas que possam causar-me padecimento, angústia ou malestar
- Receber assistência religiosa quando se decida interromper meios artificiais de vida (crença: _____)
- Ter junto de mim, por tempo adequado e quando se decida interromper meios artificiais de vida, a pessoa que aqui designo: _____ (nome), _____ (contacto).
- Outras: _____
- Outras considerações pessoais ou eventuais motivações das minhas decisões.

VALIDADE

1. Esta declaração é eficaz durante 5 anos a contar da data da sua assinatura, podendo ser renovada nos termos da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.
2. Caso seja solicitado o registo no RENTEV, o mesmo só produz efeitos após receção pelo outorgante da informação de conclusão do processo.

OUTORGANTE

Local Data Hora h m

Assinatura conforme
doc. de identificação civil

MÉDICO (opcional)

Declaro que prestei as explicações que me foram solicitadas pelo Outorgante relativas a este documento e ao seu estado de saúde.

Nome Cédula

Assinatura conforme
doc. de identificação civil

NOTÁRIO / FUNCIONÁRIO DO RENTEU

(perante o qual a DAV foi assinada)

Nome Id. Civil

Assinatura conforme
doc. de identificação civil

(é favor carimbar/selar)

NOTAS

1. Antes de subscrever este documento, recomenda-se que debata previamente o assunto com um profissional de saúde da sua confiança, ou com a equipa de saúde que o cuida.
2. Pode optar pela subscrição da Declaração Antecipada de Vontade, pela designação de um procurador de cuidados de saúde, ou por ambos.