Universidade do Minho
Escola de Direito

Rita Isabel Magalhães Rodrigues

Eutanásia: o direito à morte enquanto expressão da autonomia e da liberdade humanas

Setembro de 2024

Eutanásia: o direito à morte enquanto expressão da autonomia e da liberdade humanas

Rita Isabel Magalhães Rodrigues

UMinho | 2024

Universidade do Minho
Escola de Direito

Rita Isabel Magalhães Rodrigues

Eutanásia: direito à morte enquanto expressão da autonomia e da liberdade humanas

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Direitos Humanos

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Isa Filipa António de Sousa

Setembro de 2024

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição
CC BY

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

AGRADECIMENTOS

Um caminho que, em tempos jamais imaginei percorrer, aconteceu.

A chegada a este momento é a concretização de um sonho e, sobretudo, uma realização pessoal incalculável.

Aos meus pais, o meu especial agradecimento, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem a lutar pelos meus objetivos. Sem eles, nada disto seria possível.

À minha gatinha, Blue, pela sua companhia durante longos períodos de estudo e miminhos incondicionais.

Ao meu amor, por me apoiar e alegrar sempre os meus dias, com o seu carinho e sentido de humor indispensáveis.

À minha querida orientadora, Professora Isa, por me ter acompanhado e aconselhado em todos os momentos. Por si tenho grande estima.

A todos os que me apoiaram nesta jornada, o meu enorme agradecimento.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Eutanásia: direito à morte enquanto expressão da autonomia e da liberdade humanas

RESUMO

Numa conjugação de vários domínios: éticos, jurídicos e filosóficos, a presente dissertação abordará a questão do "direito à morte", explicitando todas as variantes concernentes ao domínio da eutanásia. Desde a sua conceptualização até à confrontação da viabilidade desta prática com a afirmação dos direitos humanos, mundialmente reconhecidos, a sua abordagem é complexa e implica uma explicação detalhada. Assim sendo, dar-se-á prioridade à análise dos princípios fundamentais e, postumamente, à análise das alternativas apresentadas, nomeadamente a respeito do Testamento Vital e dos Cuidados Paliativos. De importante destaque, está também, o papel do profissional de saúde que verá uma reconfiguração no seu ofício. O cerne da questão sobre o "direito à morte" é respondido com alusão à disciplina filosófica e com referência à Lei n.º 22/2023, que "regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal", na Constituição da República Portuguesa. Em suma, com este trabalho, pretende-se clarificar todas as ramificações conceptuais que a eutanásia origina e responder à tão celebre incógnita sobre a finitude humana.

Palavras-chave: Autonomia, Capacidade, Eutanásia, Morte, Sofrimento.

ABSTRACT

In a combination of several domains: ethical, legal and philosophical, this dissertation will address the issue of the "right to die", explaining all the variants concerning the field of euthanasia. From its conceptualization to the confrontation of the viability of this practice with the affirmation of human rights, recognized worldwide, its approach is complex and requires a detailed explanation. Therefore, priority will be given to the analysis of the fundamental principles and, posthumously, to the analysis of the alternatives presented, namely regarding the Living Will and Palliative Care. Also important is the role of the health professional, who will see a reconfiguration in his or her craft. The crux of the question about the "right to death" is answered with an allusion to the philosophical discipline and with reference to Law No. 22/2023, which "regulates the conditions under which medically assisted death is not punishable and amends the Penal Code", in the Constitution of the Portuguese Republic. In short, with this work, it is intended to clarify all the conceptual ramifications that euthanasia originates and to respond to the famous unknown about human finitude.

Keywords: Autonomy, Capacity, Euthanasia, Death, Suffering.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 9

CAPÍTULO I – EUTANÁSIA: CONCETUALIZAÇÃO E REALIDADE COMPARADA 12

0. Nota prévia 12

1. Conceptualização da Eutanásia. Distinção de figuras afins 12

1.1. Eutanásia ativa e passiva 12

1.2. Eutanásia direta e indireta 13

1.3. Distanásia, Antidistanásia, Ortotanásia e Obstinação Terapêutica 14

1.4. Suicídio Assistido e Homicídio a Pedido: problemática destes conceitos na Eutanásia. O caso da Suíça 15

2. Eutanásia: origem histórica e a realidade comparada 19

2.1. Origem histórica 19

2.2. Holanda 22

2.3. Bélgica 24

2.4. EUA 26

2.5. Espanha 28

2.6. Portugal 30

2.6.1. Trabalho parlamentar 30

2.6.2. Entendimento da entidade reguladora 35

3. Direitos humanos em confronto: direito à vida vs. Direito à dignidade da pessoa humana 42

CAPÍTULO II – DIREITOS HUMANOS E PRINCÍPIOS DE BIOÉTICA RELEVANTES PARA A PROBLEMÁTICA DA EUTANÁSIA 45

1. Nota Prévia 45

2. Direitos humanos com relevância face à prática da eutanásia 45

1.1. Direito humano à vida 45

1.2. Direito à dignidade da pessoa humana 49

1.3. Direito à integridade psíquica e física 52

2. Princípios e direitos de bioética pertinentes em matéria de eutanásia 54

2.1. Princípio do primado do ser humano 54

2.2. Princípio da autonomia da vontade e da autodeterminação do ser humano 57

2.3. O direito à informação plena, livre e esclarecida 60

2.4. O princípio do consentimento informado 64

2.5. O direito à confidencialidade e à proteção de dados 68

3. Cuidados Paliativos: verdadeira alternativa à eutanásia? 70

4. Testamento Vital e a sua relação com a eutanásia 75

4.1. Diretivas Antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde (DAV) e procurador de cuidados de saúde 77

4.2. Legalização da eutanásia passiva? 82

CAPÍTULO III – EUTANÁSIA ENQUANTO MEIO DE CONCRETIZAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS 84

1. Eutanásia em Portugal: nota prévia 84

1.1. Critérios de admissibilidade ao procedimento de "morte medicamente assistida" 84

1.2. Procedimento clínico de "morte medicamente assistida": análise do itinerário a ser percorrido desde a "abertura do procedimento clínico" até à "concretização da decisão do doente" 88

1.3. O papel do "Profissional de Saúde" 91

2. A polémica em torno dos: 93

2.1. Menores 93

2.2. Doentes do foro mental 98

3. Reflexões Filosóficas sobre a Morte e a Eutanásia: o enigma da finitude humana 103

CONSIDERAÇÕES FINAIS 111

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 114

INTRODUÇÃO

Na imortalidade vive o desejo mais íntimo do homem. Numa tentativa vã de contrariar o nosso destino, conspiramos sobre a hipótese de uma vida eterna, contudo e até prova em contrário, não passaremos de seres com "prazo de validade". Bem sabemos nós que o fim absoluto da nossa existência chegará, residindo a incógnita apenas na localização temporal e espacial desse mesmo "prazo". A morte, seja ela anunciada ou espontânea, chegará inelutavelmente.

O debate em análise na presente dissertação coloca na berlinda a questão da morte associada ao tão polémico conceito de eutanásia, sendo esta palco de um inevitável protagonismo nas sociedades vigentes enfrentará, face à natureza da própria, múltiplas exprobrações. No âmago deste conceito encontramos a morte que, superficialmente falando, em nada nos é estranho, porém, face ao desconforto latente na discussão deste tema, passará a sê-lo. Equacionar a hipótese de uma morte refletida apresenta-se como inatural à espécie humana, noutro termos, é paradoxal ao pensamento humano conceber a possibilidade de uma morte antecipada, quando o culto da nossa existência é a vida.

O homem procura um sentido para a sua vida, numa constante e incessante descoberta por algo que dê significado à sua existência, evitando pensar no seu direto oposto. A perplexidade cimentasse desde a constatação da finitude completa e irremediável que reveste todo e qualquer ser humano até à hipótese de ser colocado um termo à vida de um indivíduo, resultado da sua própria deliberação consciente e ponderada.

Se a morte integra impreterivelmente o curso natural da vida humana e é vontade do próprio homem colocar um fim à sua vida, porquê impedi-lo? A eutanásia acolhe a morte e perceciona-a com naturalidade, mesmo com as delicadas situações que enfrenta. O curso de ação neste domínio não se limita apenas à permissibilidade de um indivíduo, com auxílio médico, por termo à sua vida, mas sobretudo à observância de todas as condições débeis que levaram à tomada dessa decisão. Enfrentamos nestes casos doentes com patologias graves ou em fase terminal, incapazes de suportar a dor lancinante e contínua que sentem. Dor essa que produz efeitos mais visíveis ao nível físico, contudo também visíveis ao nível psíquico, emocional e, em certos casos, espiritual. A perpetuação da dor por um longo período, na maioria dependentes de cuidados de saúde permanentes, condiciona a felicidade e o estado mental do doente que, a certa altura, equaciona o sentido da sua permanência neste mundo.

O valor autêntico desta prática ultrapassa a mera efetivação do pedido de morte a outrem, pois é nela que finda a dor lancinante que o doente padece e, acima de tudo, se atribui alguma paz e dignidade à sua morte, inclusive à sua vida até então condicionada e infortuna. Cessa nesse momento a sua existência, mas enquanto expressão última do seu desejo e autonomia.

O papel das entidades médicas neste domínio é capital, em primeiro lugar por serem capazes de avaliar com rigor o estado do doente e, em segundo lugar, por ulteriormente concretizarem o desejo do mesmo.

Contudo, não se entenda esta como uma relação unilateral entre médico e paciente quando não o é. Concretizar o desejo do doente significa que, também ao paciente, é atribuída autonomia decisória no processo clínico e não exclusivamente ao médico que recomenda uma qualquer prescrição a ser cumprida. Entendendo isto, na teoria esta seria a metodologia a seguir quando a questão reporta à eutanásia, efetivar medicamente o desejo do doente, porém na prática o choque moral e ético fazer-se-á notar.

Devido a uma forte dissociação entre o dever incorruptível da preservação e salvação das vidas humanas e o "direito à morte" associado à eutanásia, não será tarefa fácil a concretização do pedido de morte. Ou seja, o médico no exercício das suas funções ver-se-á confrontado, por um lado, com o direito à vida, enquanto premissa basilar da conduta médica e, por outro lado, com a possibilidade do "direito à morte" que, na sombra daquele outro, emerge como via remediável das maleitas humanas.

Para tal, começaremos no primeiro capítulo por elucidar o significado da terminologia utilizada no domínio da eutanásia, ou seja, iremos proceder à conceptualização dos vários conceitos empregues neste âmbito e, seguidamente, apresentar os diferentes ordenamentos jurídicos que validam a prática da eutanásia. Neste último ponto, será aprofundada questão da eutanásia no ordenamento jurídico português.

Num segundo capítulo, caber-me-á investigar a plausibilidade do conceito de "direito à morte" e perceber, com a necessária avocação à bioética, o verdadeiro cariz daquela dicotomia enunciada previamente. Pretendemos assim, nas vertentes respeitantes ao direito à vida e à morte, descortinar possíveis falácias e entendimentos imprecisos, seguindo um caminho lógico em direção à verdade dos factos.

Num mundo rodeado dos mais sofisticados instrumentos médicos, capazes de prolongar artificialmente a vida do doente conjeturar-se-á também a legitimidade do tratamento de suporte à vida. Em patologias graves e atípicas, a manutenção factícia da vida sobrepõe-se ao bem-estar

último do doente? Se nesses momentos a sua sobrevivência depende de uma máquina ou cuidados permanentes, fará sentido permanecer desse modo? Alheio, em muitos casos, a todo que o rodeia? Dito isto e, ainda neste segundo capítulo, voltaremos a nossa análise para dois sentidos. Num primeiro sentido, tragaremos à discussão a questão atinente aos cuidados continuados ou paliativos, onde reside o desejo premente de preservar e salvaguardar a vida e o bem-estar do doente. O cuidado prestado a um doente, no âmbito paliativo, surge com o objetivo de amenizar a dor do doente e, mormente contribuir para uma melhor qualidade de vida, naquele que se caracteriza como um período muito débil. Porém, não será esta preocupação com o bem-estar do doente contraproducente face à situação irremediável que o doente padece? Permitirá este meio solucionar as vicissitudes do doente ou criará apenas um bem-estar ilusório, impossível de subsistir sem o auxílio das ferramentas e terapêuticas médicas? Não seria nestes casos mais prudente cessar definitivamente a dor do doente, acolhendo o pedido de morte do próprio? Perguntas às quais queremos dar resposta.

Num segundo sentido, dar-se-á foco ao Testamento Vital, enquanto documento oficial que legitima a autonomia do doente, distinta à via adotada pela Eutanásia.

No terceiro e último capítulo, é analisada a lei da Eutanásia, vigor no ordenamento jurídico português. Serão também desenvolvidas problemáticas estruturantes, como é o caso da situação da eutanásia em menores e em doentes do foro mental. E, por fim, terminaremos com uma reflexão, sobretudo filosófica, sobre a questão da morte.

CAPÍTULO I – EUTANÁSIA: CONCETUALIZAÇÃO E REALIDADE COMPARADA

0. Nota prévia

Em grego, o vocábulo eutanásia traduz-se etimologicamente em "boa morte" ou "morte suave", sendo perpetuada ainda hoje essa designação, quando se designa como ato voluntário e se permite ao doente uma morte indolor e serena, a fim de anular as dores lancinantes que sente.[1] Este é o alicerce em que a eutanásia assenta, no entanto, o seu escopo não se limita nesta designação, pois várias são as modalidades que a mesma adota.

1. Conceptualização da Eutanásia. Distinção de figuras afins

1.1. Eutanásia ativa e passiva

Na *Eutanásia ativa* efetiva-se, após deliberação prévia com o profissional de saúde, a morte do doente. Noutros termos, representa um ato consciente e refletido culminando na morte indolor do doente.[2]

A *Eutanásia passiva* ocasiona a morte do doente, pela privação dos cuidados de saúde necessários e adequados ao seu estado clínico. A morte do doente, nestes casos, não resulta do seu pedido ou deliberação, mas pela descontinuidade de cuidados médicos ou fármacos que este careça. A causa da sua morte dá-se pela interrupção do tratamento médico que permitiria prolongar a sua vida.[3]

Antes da *Eutanásia passiva* ser denominada como tal, a expressão utilizada nestes casos seria "deixar morrer", estando implícitas duas possibilidades para a ocorrência desta descontinuidade do tratamento médico: o médico considerou que o tratamento ou "terapêutica" aplicada no doente não produzia quaisquer efeitos benéficos tratando-se, portanto de algo "fútil",

[1] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 25.
[2] JANUÁRIO, Rui; FIGUEIRA, André – *O Crime de Homicídio a Pedido - Eutanásia, Direito a morrer ou dever de viver*. Lisboa: Quid Juris?., 2009, p. 62.
[3] *Ibidem*, pp. 62 e 63.

desnecessário ou, a suspensão desse tratamento resulta da própria recusa do doente em recebê-lo. Quando se considera que um tratamento é uma prática desnecessária e a continuação do mesmo não produz os efeitos desejáveis, diz-se um tratamento fútil. Muitas são as situações em que o prolongamento de uma terapêutica apenas preserva as condições mínimas de sobrevivência do paciente, já inconsciente dos seus próprios atos ou incapaz de sobreviver sem o auxílio de cuidados médicos, no fundo é remediar aquilo que já não é remediável e são situações como esta que justificam, no juízo do médico, o término do tratamento. Se nada mais há a fazer pelo doente e já nada mais será capaz de remediar o seu estado de saúde, colocar um término ao tratamento não anula o dever do médico a não matar, mas anulará sim o dever de fazer tudo o que estiver ao seu alcance para o salvar, quando já não existe salvação possível. Note-se que esta descontinuação terapêutica não é um ato arbitrário, conduzido irrefletidamente, oriunda da realização do consentimento prévio do doente, enquanto este ainda permanecia consciente e pleno das suas capacidades. Cessando essa consciência e tendo o doente manifestado a vontade de cessar o tratamento médico, quando este deixe de ser uma alternativa viável ao seu bem-estar, agora o objetivo é causar o menor dano possível ao doente, deixando que este morra naturalmente.[4]

1.2. Eutanásia direta e indireta

A *eutanásia direta* representa o ato típico da eutanásia, resultado da morte deliberada pelo doente em pôr termo à sua vida, sob a forma de *eutanásia ativa* ou *passiva.*[5]

A *eutanásia indireta* é um conceito pouco coerente ao representar, por um lado, um ato que origina morte e ao exprimir, por outro lado, que a intenção desse ato não seria causar a morte. Esta prática faz referência à administração de opiáceos, normalmente relacionada a doentes oncológicos em fase terminal, como forma de aliviar a sua dor, mesmo que isso possa traduzir-se na diminuição do seu período de vida. Situações de extrema gravidade como esta podem justificar a desvantagem assumida pela toma de opiáceos, contudo a regra geral aponta para o uso do fármaco mais adequado, com os menores efeitos possíveis para o doente.[6]

---

[4] RIJO, Diogo – Eutanásia: Existirão vários tipos?. *Revista Portuguesa de Cirurgia cardio-torácica e vascular* [Em linha] (2018) pp. 16 e 17 [Consult. de 2022] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/29347>

[5] JANUÁRIO, Rui; FIGUEIRA, André – *O Crime de Homicídio a Pedido - Eutanásia, Direito a morrer ou dever de viver*. Lisboa: Quid Juris?, 2009, p. 63.

[6] HORTA, Palis Márcio – Eutanásia-Problemas éticos da morte e do morrer. *Revista Bioética* [em linha] Vol. 7, n.º 1 (2009) P. 4 [Consult. de 2022] Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/21>

1.3. Distanásia, Antidistanásia, Ortotanásia e Obstinação Terapêutica

A *distanásia* representa o exato oposto do que se entende por eutanásia, etimologicamente a *distanásia* resulta do grego "*dis*" ("algo mal feito") e "*thanatos* ("morte"). Esta prática consiste no prolongamento desnecessário da vida, recorrendo a terapêuticas muitas delas inovadoras, que nada mais fazem do que agudizar a vida do doente. Quando inexiste a possibilidade de melhorias da sua condição de saúde, a sua esperança de vida é nula, não tardando a chegar o seu fim. Apenas se justificará este tipo de abordagem em situações muito particulares, como é o caso dos doentes que, preservada a plenitude das suas capacidades, necessitem de um tratamento específico que a medicina é capaz de proporcionar e, com isso, melhorar a sua qualidade de vida. Hoje a medicina é capaz das técnicas mais brilhantes para prolongar ou suster a vida de um ser humano, mas fá-lo-á apenas na medida do necessário.[7]

Na esteira deste termo, teremos a *obstinação terapêutica* ou *encarniçamento terapêutico*, entendida no emprego de terapêuticas, mais uma vez, desnecessárias ou inúteis para a saúde do doente, em situações irresolúveis e sem margem para melhorias. Perpetuar este tratamento revelará do médico falta de ética profissional[8] e desconsideração pelo ser humano, porque prolongar um tratamento que não tratará quaisquer benefícios para o mesmo, agravando cada vez mais a sua dor, é errado e violador à luz dos princípios bioéticos, nomeadamente, do princípio da dignidade da pessoa humana.[9]

Se por *distanásia* consideramos o uso de terapêuticas supérfluas no prolongamento da vida do doente, na *antidistanásia* interromper-se-á o uso de terapêuticas que mantêm o doente em vida, permitindo ao "paciente morrer em paz".[10]

Por último, na *ortotanásia* (em grego "morte correta") dá-se a interrupção total de fármacos ou terapêuticas que estendam desnecessariamente a vida do doente, permitindo que morra tranquilo. Provoca-se desta forma, indiretamente a morte, mas melhora-se as condições mentais e físicas do doente.[11]

---

[7] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, pp. 33-35.

[8] JANUÁRIO, Rui; FIGUEIRA, André – *O Crime de Homicídio a Pedido - Eutanásia, Direito a morrer ou dever de viver*. Lisboa: Quid Juris?, 2009, p. 63.

[9] *Ibidem*, p. 66.

[10] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 35.

[11] JANUÁRIO, Rui; FIGUEIRA, André – *O Crime de Homicídio a Pedido - Eutanásia, Direito a morrer ou dever de viver*. Lisboa: Quid Juris?, 2009, pp. 64 e 65.

1.4. Suicídio Assistido e Homicídio a Pedido: problemática destes conceitos na Eutanásia. O caso da Suíça

Tipicamente, se atribui ao suicídio um ato de desespero último do indivíduo motivado por perturbações ao nível do foro psicológico, associado a patologias como a depressão.[12] O ato suicida, em termos genéricos, expõe um individuo que deseja colocar um termo à sua vida pelos seus próprios meios, em que basta, por outras palavras, que o individuo o queira inexistindo, por vezes, qualquer patologia ou condição médica particular. A partir do momento que o decide fazer, fá-lo-á sozinho e sem recurso a terceiros.[13] O indivíduo toma as rédeas desse momento e após alguma introspeção, realiza-o.[14]

No caso em particular de suicídio assistido há, diferente do anterior mencionado, uma linha muito ténue entre o suicídio assistido e a eutanásia. Tanto um como outro representam um ato que cessa a vida de um individuo, no entanto, aquilo que as difere estará no agente da ação e não propriamente no ato. Ambas as situações carecem de auxílio médico, mas por diferentes motivos: na eutanásia a responsabilidade do ato fica entregue ao médico que coloca um fim à vida do doente e, no suicídio assistido a responsabilidade do ato já será do próprio doente que coloca um término à sua vida, com a ajuda do médico que não intervém no processo.[15] Quer seja através da ingestão, recomendada e orientada pelo médico, de doses elevadas do fármaco, quer seja pelo puro ato instigador de um agente terceiro.[16]

Quando se fala em eutanásia referimo-nos sempre a doentes com situações clínicas muito particulares, com dores insanáveis que nenhuma outra via é capaz de rasurar. No suicídio assistido o mesmo se aplica, distinto daquele referido à priori, em que a observância de situações médicas graves não seria causa necessária para o ato suicida, no suicídio assistido o individuo sofre efetivamente de vicissitudes clínicas que o instigam à morte.[17]

No que reporta ao crime de "homicídio", encontrar-nos-emos sempre perante a eliminação total de outro indivíduo contra a sua vontade, ou seja, é imposto a esse outro um fim indesejado,

---

[12] OSSWALD, Walter – *Sobre a Morte e o Morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013, p. 50.
[13] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, pp. 37 e 38.
[14] JANUÁRIO, Rui; FIGUEIRA, André – *O Crime de Homicídio a Pedido - Eutanásia, Direito a morrer ou dever de viver*. Lisboa: Quid Juris?, 2009, p. 309.
[15] ARRIBAS, Brais – *Sobre a eutanásia – Quando decidir que uma morte é vital*. Galiza: Associaçom Galega da Língua, 2018, pp. 50 e 51.
[16] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 39.
[17] ARRIBAS, Brais – *Sobre a eutanásia – Quando decidir que uma morte é vital*. 1ª ed. Galiza: Associaçom Galega da Língua, 2018, p. 51.

motivado por razões arbitrárias. Este é um ato que viola, sem margem para dúvidas, o direito à vida de outro individuo, sendo punível por lei quando se verifique a sua ocorrência.[18]

A perplexidade gerada na distinção entre "*homicídio a pedido*" e o suicídio assistido (exposto no Código Penal Português à luz do art.º 135 "*Incitamento ou ajuda ao suicídio*") assenta numa "diferença material". Enquanto no primeiro caso (suicídio assistido) estamos perante um ato individual infligido a si próprio, no segundo caso, será por "determinação alheia" que se inflige dano a outro, ou seja, ainda que tenha sido realizado um pedido a um terceiro para colocar um fim à vida de uma pessoa, será em última instância a decisão desse outro que determinará a ação praticada.[19]

O Código Penal suíço assemelha-se ao "*homicídio a pedido da vítima*" exposto no Código Penal Português. No art.º 134 do Código Penal Português[20] o "homicídio a pedido da vítima" é punível até 3 anos de prisão "*quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso*", no Código Penal Suíço também é punido com três anos de prisão, a "quem, movido pela compaixão, provoque a morte de outra pessoa, em resultado de pedido sério e reiterado"[21]. Quanto ao "*incitamento e assistência ao suicídio*" (art.º 115)[22] será punível, em território suíço, com sanção pecuniária ou até 5 anos de prisão, mais gravoso que o Código Penal Português (art.º 135)[23] admitindo este, geralmente, 3 anos de prisão, escalando até 5 anos caso exerça esse ato em menores.

No que concerne à interpretação do "*incitamento e assistência ao suicídio*" no Código Penal Suíço, só será punido esta prática "*quem, por motivos egoístas, incitar ou ajudar alguém a cometer ou tentar suicídio (...)*", tendo consideração, de resto, por todos os que padecem de doenças terminais e queiram cometer o suicídio, apenas cessará essa admissibilidade, para o ato movido "*por motivos egoístas*".

---

[18] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 41.

[19] JANUÁRIO, Rui; FIGUEIRA, André – *O Crime de Homicídio a Pedido - Eutanásia, Direito a morrer ou dever de viver.* Lisboa: Quid Juris?, 2009, pp. 312 e 313.

[20] Decreto-Lei n.º 48/95 (Código Penal), de 15 de Março, disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

[21] Na sua versão original consta do art. °114 ("*Meurtre sur la demande de la victime*") a seguinte redação: *"Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire"*. Disponível em: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/fr#art_114>

[22] O Código Penal Suíço expõe no seu art. °115 ("*Incitation et assistance au suicide*") o seguinte: *"Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire"*. Informação retirada a partir de documentação oficial, disponível em: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/fr#book_2/tit_1/lvl_1/lvl_u5>

[23] O Código Penal Português [Decreto-Lei n.º 48/95] expõe no seu art.º 135 ("*Incitamento ou ajuda ao suicídio*"), a seguinte redação: *"(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 efectivamente a ser tentado ou a consumar-se. (2) Se a pessoa incitada ou a quem se presta ajuda for menor de 16 anos ou tiver, por qualquer motivo, a sua capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos."* Consultada através de fonte oficial, disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

Quando o legislador suíço acrescenta no preceito normativo a expressão "por motivos egoístas", cunhando nestes casos uma responsabilidade penal ao infrator do ato acima descrito, acaba por permitir que todos os restantes atos não egoístas sejam permissíveis e legais. Só em situações nas quais se verifique alguma recompensa, de variada ordem, para o agente daquela ação, haverá uma sanção penal. Entendendo este ponto de vista, ficará à margem dessa sanção todas as instituições não governamentais destinadas ao auxilio do suicídio. Como nenhuma delas, à priori, se move de "motivos egoístas" fica aberta uma brecha na lei, permitindo às mesmas, a realização desse ato sem qualquer punição no território suíço.[24]

Em nenhuma circunstância se observa a regulamentação desta prática no ordenamento jurídico suíço, nem tampouco foi uma intenção do legislador, contudo o art.º 115 do Código Penal deixa que uma exceção à norma se torne em lei. O objetivo seria, por outro lado, prever situações limite em que um indivíduo deseja desesperadamente terminar a sua vida. A fim ao cabo, é aplicável aqui uma velha máxima do Direito, se na lei não é proibido, então é permitido.

Ademais, neste domínio a entidade médica será colocada numa posição controversa. O debate emerge após se constatar duas situações, primeiramente relativo ao facto de inexistir qualquer referência no Código Penal sobre a intervenção médica na prática do suicídio assistido e seguidamente relativo à omissão das condições médicas que contemplam uma situação deste tipo. Expondo o conteúdo de uma declaração emitida em 2004 pela *Swiss Academy of Medical Sciences*, quando envolvido num caso de suicídio assistido, o médico contradirá os objetivos estabelecidos na medicina e desviar-se-á do seu papel enquanto tal. Uma vez envolvido nessa situação deverá colaborar, na medida do possível e da sua vontade, com a solicitação do paciente. Ou seja, deverá observar-se o respeito pelo desejo do paciente, todavia partirá do médico a decisão de intervir ou não nessa conjetura. Se o exercício desse auxilio não alinha com as suas obrigações, partirá da decisão discricionária do próprio a intervenção ou não nesse processo.[25] Não obstante, o médico participará apenas no momento de prescrição do fármaco que cessará a vida do doente, enquanto entidade competente para essa função.[26]

Por esta dita, entendemos que o médico atua subsidiariamente nos casos de suicídio assistido e lhe é entregue uma liberdade arbitrária. Vinculado à suma premissa médica de salvação das vidas humanas, encarar-se-á perante um paradoxo. Por um lado, ao auxiliar o suicídio assistido

[24] ANDORNO, Roberto – Nonphysician-assisted suicide in Switzerland. *Cambridge Quarterly of Health-care Ethic*s [em linha] (2013) Pp. 246 e 247 [Consult. 22 Fev. 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0963180113000054>
[25] *Ibidem*, pp. 247 e 248.
[26] *Ibidem*, p. 249.

viola o código de ética médica e, por outro lado, ao não o fazer, colocará em cheque o desejo premente do doente.

Se analisarmos a questão do suicídio à luz da seu trivial significado, portanto num ato que consubstancia a morte de qualquer outrem, movido pela sua própria vontade e realizado pelo próprio, não nos será descabido compreender a inobservância legal que rodeia essa prática. Nenhum ordenamento jurídico regula os atos de suicídio. Numa ótica preventiva, punir todos os que tiverem intenções de cometer suicídio não produzirá quaisquer frutos, visto que uma vez consumada num agente a ideia de suicídio, este realizá-lo-á quer aquela punição exista ou não. Aliás, punir a tentativa de suicídio traria o efeito contrário. Em vez de verificarmos uma diminuição desse fenómeno iriamos constatar um aumento, já que sendo impedidos num primeiro momento de realizar o ato, ver-se-iam forçados a tentar em ocasiões futuras.[27]

Intuitivamente percebemos esta perspetiva, contudo não ajam equívocos quanto à dicotomia existente entre suicídio e o suicídio assistido. O suicídio é um ato exclusivamente individual, praticado pelo individuo por sua própria conta e risco; o suicídio assistido requer ajuda de terceiros para que o ato seja consumado, havendo numa primeira instância a exteriorização do desejo de morte e em segunda instância, após o parecer e ajuda médica, a concretização da morte do doente.

Em sentido figurado, o suicídio assistido atua como válvula de escape a uma dor incomportável. Os doentes procuram esta via como escape à dor que sentem, com o desejo último de dignificar um momento, entendido para a generalidade como intrinsecamente indigno. Por exemplo, a impossibilidade que assistimos em Portugal da pratica do suicídio assistido, inibe o usufruto de um conjunto de princípios comuns a todos os seres humanos, com primacial foco no direito à autonomia e à autodeterminação. Se o individuo não possui mais dignidade em vida, que lhe seja então dada na morte essa omissa dignidade. Vislumbraremos esta realidade quando todos aqueles anteriores princípios forem respeitados e se atue em conformidade com o seu real significado.[28] Ainda assim, não podendo o individuo usufruir do suicídio assistido, nos termos em que este se apresenta, dispõe de vias acessórias às quais essa morte poderá ser concretizada. Através do testamento vital, o doente poderá manifestar a sua vontade sobre o que deseja ou não

[27] PATTO, Pedro Vaz – A eutanásia em face da Constituição Portuguesa. *Direito e Justiça* [em linha] Vol. 16, nº 2 (2002) P. 204 [Consult. 22 Fev. 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/direitoejustica.2002.16.2>

[28] SASSI, Ana Paula Zappellini - Suicídio Assistido Em Portugal: a transcendência do direito à saúde com base no princípio da morte digna e na autonomia individual. *Saúde Ética & Justiça* [em linha] Vol.25, nº 2 (2020) P. 35 [Consult. 23 Fev. 2023] Disponível: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v25i2p34-46>

que aconteça no momento da sua morte, estando o cessar da atividade dos aparelhos de suporte artificial de vida como hipótese viável para estas situações.[29]

A "Dignitas" (destinada a pacientes nacionais e internacionais) e a "Exit" (apenas a pacientes nacionais) são organizações vocacionadas para o exercício da "assistência ao suicídio" na Suíça. Estas organizações darão resposta ao pedido de suicídio de doentes terminais, desde que esse pedido seja tido com seriedade, que vá ao encontro da vontade livre e esclarecida do mesmo e que se vislumbre situações clínicas graves, acompanhado de dores físicas e psicológicas insanáveis. A "Dignitas" tem sido alvo de alguma polémica, face à criação de uma espécie de atrativo turístico à morte e à utilização de métodos ditos "censuráveis". Os profissionais competentes na organização ajudam sim ao suicídio, mas não o fazem levianamente. Só depois de analisado o processo clínico do individuo, com a devida atenção, procedem ao ato. O fármaco letal é adicionado a uma bebida que o individuo administra morrendo tranquilo e sereno poucos minutos depois.[30]

A *Dignitas* não se vincula enquanto associação destinada à prática do suicídio assistido, isto porque não se trata de uma clínica, nem tampouco pretende funcionar como atrativo turístico à morte. O seu objetivo passa sobretudo por alertar os restantes países para a existência desta realidade e da necessária reestruturação das normas legais sobre a questão da morte. A associação olha para o desejo da morte enquanto satisfação de um principio moral, inerente à dignidade de qualquer pessoa humana.[31]

2. Eutanásia: origem histórica e a realidade comparada

2.1. Origem histórica

[29] *Ibidem*, p. 39.
[30] ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Eutanásia e Suicídio Assistido [Em linha] Lisboa: Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar – DILP (P. 46) [Coleção Temas, 60] Disponível em: <https://ficheiros.parlamento.pt>
[31] CÉU, Beatriz – Nos últimos cinco anos, seis portugueses foram "morrer com dignidade" à Suíça. CNN Portugal (3/3/2023) [Consult. 23 Fev. 2023] Disponível em: <https://cnnportugal.iol.pt>

O conceito de eutanásia como hoje o conhecemos é bem diferente daquele que foi sendo preconizado ao longo de vários séculos, desde logo, pela abordagem recolhida na antiguidade pré-cristã. Nesta fase preliminar causar-se-ia a morte à população idosa, aos mais fracos, aos portadores de anomalias mentais/ físicas e, ainda a todos os portadores de maleitas incuráveis. São práticas chocantes que vão desde o ato atirar de um precipício um recém-nascido com más formações e enterrar pessoas vivas, em particular pessoas idosas e doentes, até ao expelir de pessoas portadores de deficiência mental ao mar. Aqui estaria o entendimento deformado da altura sobre o valor da vida humana, longe do seu significado atual.[32]

Entendimentos distorcidos deste tipo encontraremos também, com considerável veemência, na perspetiva cristã. Com a introdução de uma eutanásia dita "compassiva", no período da idade média e no eclodir da idade moderna, acreditavam os cristãos que o apelo à misericórdia ou compaixão por quem sofre não seria admissível, pois toda a dor é oriunda de Deus e suportável em nome da sua suprema vontade. Ignorar a vontade divina em nome da piedade perante a morte era absolutamente execrável na sua ótica, isto porque além de contrariar o desejo de Deus ignora, mais grave ainda, o princípio basilar dos preceitos religiosos "não matarás".[33] Por seu turno, a possibilidade antecipada da morte, numa tentativa de amenizar o sofrimento que o homem padece ou poderá vir a padecer fica invalidada. Vislumbrará a morte quando esta naturalmente surgir ou quando Deus assim o desejar.[34]

Pensadores como Platão e Tomás Morus irão afastar-se da ideologia cristã e apresentar-nos-ão noções menos conservadoras e intransigentes sobre a vida humana. Platão defendia nos seus escritos, por um lado, que nenhuma vida com dor e sofrimento deveria ser prolongada. Uma vida de constante sofrimento onde o doente passaria grande parte do seu tempo a curar-se não é tolerável, sendo até contraproducente recorrer a tratamentos médicos que não resultariam em qualquer benefício para o próprio.[35] E Tomás Morus no séc. XVI entenderia, pela mesma ordem de ideias, que o mais importante seria amenizar o sofrimento humano enquanto "*a mais nobre e humana virtude*", porque na impossibilidade de atenuar "*males incuráveis*" e "*atrozes sofrimentos*" o mais correto seria a morte. Permanecer em vida perderá qualquer sentido quando a mesma já se encontra desprovida de qualquer dignidade.[36]

---

[32] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, pp. 53 e 54.
[33] *Ibidem.*
[34] DWORKIN, Ronald – *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. 2ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009, p. 275.
[35] OTERO, Paulo – *Eutanásia, Constituição e Deontologia Médica*. 1ª ed. Lisboa: AAFDL Editora. 2020. pp. 16 e 17.
[36] *Ibidem*, pp. 17 e 18.

Chegando ao séc. XVII é dado um salto qualitativo neste domínio, com a introdução pelo autor Francis Bacon de um novo e inovador conceito de eutanásia. Este definiu aquele que viria a ser o verdadeiro sentido deste conceito, designando-a como ato médico. O médico é o agente primordial da ação e terá ao seu dispor todas as condições necessárias para executar a morte do indivíduo, ou seja, perante pacientes com dores lancinantes e doenças incuráveis, colocaria um fim a esse sofrimento com a calma e serenidade merecidas. Assim sendo, a eutanásia redefiniria o papel a desempenhar pelo médico, colocando-o numa situação completamente distinta, deixará de restaurar apenas a saúde do doente para passar também a "mitigar o sofrimento e a dor" ao "assistir e aprender a arte de forma diligente, de modo a tratarem mais fácil e suavemente aqueles que sofrem, e todas aquelas coisas que retiram a vida [as agonias da morte]".[37] [38]

Com a instituição do Juramento de Hipócrates, corrobora-se o papel central e preponderante do médico e criam-se as bases fundamentais éticas no exercício médico expondo, a título preliminar, o dever de respeitar "*a integridade da vida*" e a "*assistência aos doentes*".[39] Uma prova do respeito por estes deveres alude, inclusive a um exemplo de Napoleão Bonaparte quando, na tentativa de dissuadir o seu médico a matar todos os portadores do vírus da peste, impedindo estes de cair em território inimigo, vê o seu pedido rejeitado, sendo relembrado pelo médico que a sua função nunca passará por causar a morte, mas antes prestar auxílio e assistência aqueles doentes, como é o caso.[40]

No séc. XX irrompe as "organizações pró-eutanásia" e alguns casos, um pouco por todo o mundo, de uma eutanásia mais centrada no domínio familiar e privado. Um caso que despoletou grande polémica na sociedade parisiense de 1925, reporta ao casal João Zinowski, escritor e a sua companheira, atriz Uninska. O escritor face às dores inestimáveis que sentia devido ao padecimento da doença da tuberculose e ao carcinoma pede à mulher que o mate, pedido que esta recusa. Com o agravamento da situação médica do seu companheiro, decide posteriormente conceder-lhe o seu desejo e matá-lo com um revólver, ato que resulta na sua absolvição quando levada a tribunal. Um outro caso ocorre na antiga Checoslováquia, em 1932 e reporta à perda de visão e amputação da perna de um rapaz, resultado de uma explosão ocorrida no seu domicílio. Perante esta situação a sua tia, médica, decide, com o consentimento da sua mãe, também com

---

[37] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 73.

[38] MARTINS, Maria Manuela Brito – Da reflexão filosófica sobre a morte à questão da eutanásia. *Humanística e Teologia* [Em linha]. Vol. 38, n.º 1 (2017). pp. 57 e 58 [Consult. 20 Maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.2017.9373>

[39] JURAMENTO DE HIPÓCRATES, disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Juramento_de_Hipócrates.pdf>

[40] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 55.

recurso a um revólver, matar o sobrinho. Levadas a tribunal são ilibadas de quaisquer acusações, apelando à compaixão para a realização do ato.[41]

Quanto ao irromper das "organizações pró-eutanásia", surgirá em 1935, na Inglaterra a organização "Exit", atualmente "Voluntary Euthanasia Society", 3 anos depois nos EUA com a "Euthanasia Society of America" e, posteriormente, a "Euthanasia Education Fund" que visava financiar projetos para uma melhor e mais ampla informação sobre a eutanásia.[42]

Tudo isto para dizer que, apesar do relato daquelas anteriores práticas, em que o individuo era morto arbitrariamente e sem o seu consentimento, a evolução e o desenvolvimento do conceito de eutanásia mostra-nos hoje algo completamente distinto. Atualmente a eutanásia, apesar das inúmeras contrariedades e polémicas que a assombra, constitui um marco importantíssimo para a história humana sendo necessário, daqui para frente, trilhar um caminho ainda mais promissor para a mesma.

2.2. Holanda

A Holanda em 2002 inaugura a despenalização da eutanásia, ao admitir pela primeira vez e em tudo o mundo, a eutanásia como prática lícita no contexto médico. Contando que, já em 1991 com a publicação do "Relatório Remmlink", é revelada a realização de 2300 casos da eutanásia a pedido do doente; 1040, sem o seu pedido; e 4941 casos do uso de sedação progressiva.[43]

Se quisermos ser precisos quanto à origem do debate sobre a morte antecipada, teremos de recuar até ao ano de 1971. Neste período ter-se-á passado um caso da morte de uma idosa de 78 anos, onde lhe terá sido administrado, pela sua própria filha, médica, fortes doses de morfina, após pedido reiterado da própria. Tratava-se de uma senhora com severas complicações de saúde, em resultado de uma hemorragia cerebral que padeceu. Posto isto, a sua filha viu-se colocada numa situação delicada (aliás como acontece na generalidade destes casos) em que temos, por um lado, o dever médico de salvação da vida do doente, em que circunstância for e, por outro lado, a vertente pessoal e humana, que nos impele a auxiliar o outro num momento de sofrimento e nos leva a uma sensação misericordiosa perante tal. O resultado jurídico deste caso

[41] *Ibidem.*
[42] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 55.
[43] SILVA, Miguel Oliveira da – *Eutanásia, Suicídio Ajudado, Barrigas de Aluguer*. Lisboa: Editorial Caminho, 2017, pp. 193 e 194.

levou a que a médica fosse sentenciada com uma semana de prisão e a sua atividade profissional fica-se suspensa por um ano.[44]

Em 1985 a eutanásia traduzir-se-ia na ministração médica de fármacos letais no paciente, com intenção de pôr termo à vida do paciente a pedido do próprio e o suicídio assistido, na disponibilização ao doente dos fármacos e das condições necessárias para que este, autonomamente, termine a sua vida. O empenho e participação política ao longo das décadas fez com que a eutanásia agrega-se 90% de aceitação popular, em 1998.[45] Nesse mesmo ano, deu-se igualmente um grande avanço quando, através de uma proposta, se passaria a atribuir imunidade à entidade médica. À priori, seriam sujeitos a uma análise da comissão de revisão sobre a conformidade ou não dos atos praticados com as regras já pré-estabelecidas. A aplicação desta proposta tem inicio no dia 1 de Abril de 2002, altura em que é oficialmente legalizada a eutanásia e o suicídio assistido no território holandês. Com esta lei ("Termination of life on request") pretendeu-se regulamentar as questões ligadas ao fim de vida dos doentes, expondo a necessidade do apuramento de determinados critérios médicos quando assim solicitado.[46]

O pedido terá de ser feito voluntariamente pelo doente, consciente do que isso representará para si; deve padecer de um sofrimento prolongado; estar informado do seu estado clínico; ter a consciência de que não lhe resta nenhuma outra alternativa; tenha recorrido a uma segunda opinião médica e, por último, haja beneficiado de cuidados dignos durante o processo.[47]

A lei holandesa, também em 2002, dará permissibilidade aos pedidos de eutanásia em menores. As crianças com quadro clínico grave, que padeçam de dores incomportáveis e sem margem para quaisquer melhorias (geralmente em casos de cancro em fase terminar) poderão, a partir dos seus 12 anos de idade, recorrer à eutanásia. Note-se, no entanto, que esta via só será adotada em último recurso, quando mais nenhuma outra via médica é capaz de solucionar os

---

[44] SANTOS, Laura Ferreira dos – Hoje não posso, é o dia que o meu pai escolheu para morrer. A morte voluntária assistida na cultura ocidental do século XXI. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades* [Em linha] (2017) p. 11 [Consult. 22 de Mar. de 2022]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/8621>

[45] RIETJENS, Judith A.C, et al. – Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. *Journal of bioethical inquiry* [Em linha] Vol. 6, n.º 3 (2009) Pp. 272 e 273 [Consult. 21 de Maio de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11673-009-9172-3>

[46] SANTOS, Laura Ferreira dos – Hoje não posso, é o dia que o meu pai escolheu para morrer. A morte voluntária assistida na cultura ocidental do século XXI. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades* [Em linha] (2017) p. 13 [Consult. 22 de Mar. de 2022]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/8621>

[47] Detalhadamente encontramos estes requisitos necessários ao pedido de eutanásia no art.º 2, nº1 [alíneas a) a f)] da "Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act " expondo na sua versão original, o seguinte: *1. The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician: a) holds the conviction that the request by the patient was voluntary and well-considered; b) holds the conviction that the patient's suffering was lasting and unbearable; c) has informed the patient about the situation he was in and about his prospects; d) and the patient hold the conviction that there was no other reasonable solution for the situation he was in; e) has consulted at least one other, independent physician who has seen the patient and has given his written opinion on the requirements of due care, referred to in parts a - d, and f) has terminated a life or assisted in a suicide with due care.* ["Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act" (2002), disponível em: <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/>

problemas de saúde do paciente. Decidida esta via, carecerá de posterior confirmação por parte do Ministério de Saúde, analisando este a conformidade ou inconformidade do pedido face à lei em vigor.[48]

Para além dos requisitos pré-mencionados, é ainda acrescentado maior detalhe a respeito da idade, nomeadamente face: à possibilidade de conceder o pedido de eutanásia em doentes com idade superior a dezasseis anos, incapazes de expressar a vontade, mas que tenham já ulteriormente realizado o pedido, consciente do significado do ato e das suas intenções; a doentes entre os dezasseis e os dezoito anos, a decisão poderá vir a ser tomada apenas pelo próprio, desde que, mais uma vez, apresente plena consciência das suas intenções e haja a participação dos pais no processo de tomada de decisão; por último, a doentes entre doze e dezasseis anos o pedido só será aceite, se os responsáveis legais o autorizarem e se a criança apresentar sinais de compreensão dos seus próprios interesses.[49]

2.3. Bélgica

A Bélgica em 2002 oficializa a descriminalização da eutanásia, tornando-se o segundo país a fazê-lo, seguido da Holanda apenas por míseros meses.[50]

A eutanásia ganha o seu primeiro impulso e relevância, no seio político e público quando, entre 1984 e 1996, propõe nove projetos de lei ao parlamento belga. As entidades políticas da época são recetivas a esta questão, demonstrando interesse e abertura para a sua discussão, sobretudo na consciencialização pública desta dimensão. Apresentados os projetos de lei, em 1996, é criado o *Federal Advisory Committee on Bioethics*, onde se espera que os juízos populares

---

[48] BROUWER, Marije – *At the boundaries of life: Suffering and decision-making in children with life-threatening conditions (1-12 years)* [Em linha] Groningen: University of Groningen, 2021, p. 33. Thesis fully internal (DIV) [Consult. 21 de Maio de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.33612/diss.159020586>

[49] "*2. If the patient aged sixteen years or older is no longer capable of expressing his will, but prior to reaching this condition was deemed to have a reasonable understanding of his interests and has made a written statement containing a request for termination of life, the physician may cant' out this request. The requirements of due care, referred to in the first paragraph, apply mutatis mutandis.*
3. If the minor patient has attained an age between sixteen and eighteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request for termination of life or assisted suicide, after the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian have been involved in the decision process.
4. If the minor patient is aged between twelve and sixteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request, provided always that the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian agree with the termination of life or the assisted suicide. The second paragraph applies mutatis mutandis." ["Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act" (2002), art.° 2, n° 2-4, disponível em: <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/>

[50] SAAD, Toni C. – Euthanasia in Belgium: legal, historical and political review. *Issues in law & medicine* [Em linha]. Vol. 32, n.° 2 (2017) [Consult. 21 de Maio de 2022]. p. 183. Disponível em: <https://d1wqtxts1xzle7>

nesta matéria sejam retratados, tendo de tomar as devidas diligências face à descriminalização ou legalização da eutanásia.[51]

A efetivação dessas diligências surge com o seu primeiro relatório, em 1997, "relativa à conveniência da legislação na eutanásia" havendo quem considera-se a eutanásia um fator positivo e de necessário debate e, em contrapartida, quem se encontrava completamente desinteressado nesta questão.[52]

No segundo relatório em 1999, a discussão tomaria linhas mais concretas apresentando um conjunto de disposições mais promissoras que o anterior, no que respeita ao "Fim de Vida de Pacientes Incapazes". Aqui seria admissível cessar a vida dos pacientes incapazes, limitado a um conjunto de condições muito estritas.[53]

O interessante perceber é que, mesmo com a redação de inúmeros relatórios ao longo do tempo, a prática da eutanásia já era exercida ilegalmente, sendo inclusive uma prática "comum e bem-documentada", com um alcance percentual em mortes ilegais de 4,5%. Para os médicos que o praticaram resultou inclusive numa total impunibilidade e desresponsabilização desses atos, porque inexistindo ainda um aparelho coercitivo que os levasse a prestar contas em tribunal, viram-se ilibados de quaisquer represálias. Logo, quando em 2002 é descriminalizada a eutanásia, os profissionais de saúde não são visados pelas práticas cometidas, estando agora aliás, ao abrigo da lei vigente, protegidos e isentos de culpa.[54]

A propósito da proposta de lei da eutanásia apresentada em 2001, ratificada com unanimidade parlamentar, constituir-se-á definitivamente em 2002 como "*ato, praticado por um terceiro, que põe intencionalmente fim à vida de uma pessoa a pedido desta*". Praticável apenas quando este se encontre "*numa situação médica sem saída e dá mostras de um sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável que não pode ser apaziguado e que resulta de uma afecção acidental ou patológica grave e incurável*". Esta via é admissível quando não há, de facto, nenhuma outra saída ou apaziguamento possível para a dor que sentem, porque caso se verifique o contrário, a assistência através dos cuidados paliativos será suficiente. A lei belga é muito clara neste eu. Terá de existir perseverança no pedido de eutanásia por parte do paciente que, em diálogo reiterado com o médico que o acompanha, deduz que a eutanásia é melhor solução para o seu caso. Há uma ponderação muito consciente não só do paciente, como do médico, para que

[51] SAAD, Toni C. – Euthanasia in Belgium: legal, historical and political review. *Issues in law & medicine* [Em linha]. Vol. 32, n.º 2 (2017) [Consult. 21 de Maio de 2022]. p. 186, Disponível em: <https://d1wqtxts1xzle7 >
[52] *Ibidem*, p. 187.
[53] *Ibidem*, p. 188.
[54] *Ibidem*, pp. 184 e 185.

esta decisão vá avante. Não basta chegar e solicitar, há todo um quadro clínico a analisar minuciosamente.[55]

Na discussão do seu quadro clínico, inclui-se a hipótese relativa à assistência do doente através do recurso a cuidados paliativos e a posterior necessidade de um segundo parecer médico, pois só desta forma terá as certezas necessárias para tomar a sua decisão no que diz à respeito à eutanásia, evidentemente. Note-se que este é um ato realizado apenas pelo médico, não sendo admissível na Bélgica que o individuo, após prescrição médica, administre o fármaco que coloca o fim à sua vida (suicídio assistido).

Numa primeira fase, a idade mínima admitida estaria nos 18 anos de idade porém, após várias ponderações, consideraram mais determinante o discernimento das crianças sobre este tema, do que propriamente a idade em que era realizada. Chegado a um acordo sobre este particular domínio, é apresentado em dezembro de 2013 um projeto de lei ao Senado, aceite e promulgado, em fevereiro de 2014 pela Câmara dos Representantes. No projeto de lei apresentado, não existe diferenças substantivas face aos preceitos base já estabelecidos, sendo apenas acrescentado condições extraordinárias para esta situação em concreto, expondo a necessidade da avaliação do juízo e estado mental da criança através de profissionais qualificados, e o consentimento último dos pais.[56]

2.4. EUA

A Califórnia começou por admitir o chamado "living will" (testamento vital), onde o paciente estipularia a cessação do tratamento ou a atividade das máquinas, que lhe permitiam continuar em vida. A par com o testamento vital, estaria igualmente ao seu dispor em 1984 a eleição de um representante legal, se assim o pretendesse, intervindo em situações limite, quando o doente se encontrasse em coma ou desprovido de qualquer atividade consciente. Em 1998, numa tentativa de legalizar a eutanásia estabelece-se o documento "Death With Dignity Act". Neste documento seria admissível o recurso à eutanásia segundo duas condições: através da assinatura de um documento onde o adulto consentia a cessação da sua vida, no caso de vir a apresentar, num período de 7 anos, uma doença terminal; apresentassem, face à doença terminal que padecem,

[55] SANTOS, Laura Ferreira dos – Hoje não posso, é o dia que o meu pai escolheu para morrer. A morte voluntária assistida na cultura ocidental do século XXI. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades* [Em linha] (2017) pp. 45 e 46 [Consult. 22 de Maio de 2022]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/8621>

[56] DAN, Bernard, et. al – Self-request eutanásia for children in Belgium. *The Lancet.* [Em linha] Vol. 383, Issue 9918 (2014) pp. 671 e 672 [Consult. 22 de Maio de 2022] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60110-0>

uma esperança de vida inferior a 6 meses. Apesar da aceitação pública deste documento, falhará por complicações ao nível organizacional e administrativo. Em 1991, através da modificação do Código Civil da Califórnia tentar-se-á admitir a possibilidade de o doente terminal colocar um termo à sua vida, com auxílio médico, sendo novamente negado. Só alguns anos depois, em 1996, se promulga o direito ao doente terminal recorrer ao suicídio assistido na Constituição americana, a partir do 9.º Tribunal de Apelação de Los Angeles, Califórnia.[57]

Na tentativa falhada de legalizar a Eutanásia, esteve também o Estado de Oregon que, em 1994, não consegue levar avante a legalização da eutanásia, estando apenas previsto, na atual lei em vigor, o suicídio assistido.[58]

No Canadá, os pacientes que pretendam por um fim à sua vida, tê-lo-ão de fazer por sua própria conta e risco, sem qualquer ajuda médica para esse efeito, ou seja, fala-se em suicídio na sua forma pura e simples. Esta é uma medida que o afeta os doentes terminais que, não sendo capazes de realizar autonomamente o ato, vêem-se impossibilitados de recorrer à intervenção médica para a sua concretização. Há uma total indiferença do governo para a debate e esclarecimento desta situação.[59]

Por último, nos Estados Unidos da América não haverá mudanças significativas ao que já fomos expondo com os restantes estados. Desde 1960 que vêm discutindo a licitude ou não da interrupção do uso de máquinas/ventiladores em casos clínicos graves, como a ocorrência de morte cerebral e coma vegetativo dos pacientes. Em 1990 cessa toda essa controvérsia, permitindo aos doentes a interrupção dos tratamentos médicos que permitem a sua permanência em vida. O uso do testamento vital ("living will") como manifesto da vontade toma um papel central, enquanto veículo seguro e legitimo na tomada de decisões sobre vida e morte do doente.[60]

Por esta dita conclui-se, a não legalização da eutanásia, sendo permitido a prática da eutanásia dita "passiva" nos E.U.A que, como bem sabemos, não coloca diretamente um termo definitivo à vida, mas cessa todos os tratamentos que permitem ao paciente sobreviver, acabando no mesmo resultado, a sua morte. Tendo o suicídio assistido, com exceção do Canadá que adota o suicídio na sua forma original, e o testamento vital como via prudente na tomada de decisões sobre a vida e morte dos doentes.

---

[57] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 92.
[58] *Ibidem.*
[59] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 93.
[60] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 93.

2.5. Espanha

Há muito se vem discutindo no território espanhol a questão atinente à eutanásia e a todos domínios que, junto dela, aludem ao debate político e público. Sendo agora mais relevante ainda explorar o seu percurso quando, em 2021, é aprovada a "*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.*"

O debate inicia com maior fulgor nos finais do séc. XX com o controverso caso do sujeito Ramón Sampedro. Este sofre um acidente que o incapacita fisicamente, estando com apenas 25 de anos de idade tetraplégico, em consequência de um salto no mar. Ramón, inconformado com o sucedido, decide adotar uma via pouco usual ao concluir que, naquelas condições, a sua vida não merecia continuação e a eutanásia seria a melhor opção para efetivar dignamente o término da sua existência. A decisão adotada pelo próprio entra em conflito com os cânones normalmente adotados na prática de eutanásia. Se a efetivação da eutanásia passa por constatar casos de enfermidade grave e/ou terminais, Ramón não preenche as condições necessárias para o ato eutanásico. Nesta ótica, o recurso à eutanásia perde sentido, no entanto na ótica do lesado, não se trata de estar gravemente doente ou na iminência da morte devido ao seu estado de saúde, mas de dar resposta a um desejo de morte, motivado pela falta de bem-estar e dignidade que acredita premiarem a sua vida. Trata-se de reconhecer alguma dignidade à sua morte, já que em vida essa dignidade inexiste.[61]

Em 1998, o caso de Ramón obriga a uma reconsideração, sobretudo política, do significado atribuído à eutanásia. Até este momento, a eutanásia estaria assente em requisitos muito próprios, como pude referir anteriormente, contudo há dali em diante a necessidade de indagar com maior detalhe as idiossincrasias referentes à eutanásia. Para esse efeito é criado, a pedido do partido socialista da época, uma "Comisión Especial de Estudo sobre la Eutanasia" focada em reunir diferentes perspetivas, de diferentes individualidades, nomeadamente de médicos e especialistas bioéticos sobre este tema tão dúbio e estruturante. Nesta comissão explorou-se vários argumentos necessários para a questão da eutanásia, sendo reforçado o valor dos cuidados paliativos em doentes terminais e da sua remanescente lacuna ao nível do sistema nacional de saúde. No final,

[61] SERRANO RUIZ- CALDERÓN, José Miguel - La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas. *Cuadernos de Bioética* [Em linha]. Vol. XVIII, nº1 (2007), p. 15 [Consult. 22 de Novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506201>

terminadas as funções desta comissão em 2000, a mesma contribuí para aferir apenas o estado de arte sobre a eutanásia já que surge sem quaisquer ilações.[62]

10 anos mais tarde, na comunidade espanhola de Andaluzia é anunciado pela primeira vez, uma lei que versa as questões relacionadas com o fim de vida dos doentes, concedendo a partir daqui abertura para que outras comunidades também o fizessem. Apesar deste avanço, não estamos ainda na presença de uma legalização da eutanásia ou suicídio assistido, mas sim de uma lei que salvaguarda os direitos dos doentes e confere alguma legitimidade jurídica à entidade médica. A eutanásia e o suicídio assistido continuavam a constituir uma prática ilícita e punível por lei, à luz do art.º 143 do Código Penal Espanhol, portanto até aqui nada havia sido alterado neste sentido. Só a 5 de janeiro de 2020, depois de sucessivos esforços legislativos, é aprovada a "Lei para a regulamento da eutanásia" e, à posteriori, promulgada em março de 2021.[63]

O entendimento da eutanásia emerge assim a um novo sentido. Norteado agora pela liberdade e a autonomia do paciente, procurar-se-á nessa nova condição individual conciliar os direitos fundamentais e os preceitos constitucionais estabelecidos. O respeito por cada um destes direitos e princípios, simultaneamente individuais e constitucionais, é o cerne da lei que se apresenta. Trata-se de muito mais que uma simples despenalização do ato, é permitir em última instância o usufruto de um conjunto de direitos ao doente. Num momento de total fragilidade, a solicitação da morte medicamente assistida dá resposta às inquietações do próprio.[64]

Na Espanha dar-se-á permissibilidade do ato eutanásico apenas: a indivíduos de nacionalidade espanhola ou certificado de residência superior a 12 meses; com idade igual ou superior a 18 anos; aptos e conscientes da sua condição; com toda a informação bem documentada do seu processo clínico (inclusivamente alternativas médicas e formas de atuação); haja realizado duas solicitações, livre de quaisquer influências aparentes; apresente estado clínico grave e irresolúvel; e que tenha, por último, apresentado o seu consentimento informado.[65]

---

[62] SERRANO RUIZ- CALDERÓN, José Miguel - La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas. *Cuadernos de Bioética* [Em linha]. Vol. XVIII, nº1 (2007), pp. 23-25 [Consult. 22 de Novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506201>

[63] VELASCO SANZ, Tamara Raquel, et al - Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of medical ethics* [Em linha] (2021) p. 1 [Consult. 22 de Novembro de 2022] Disponível em: <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>

[64] *Ibidem.*

[65] Constam estes requisitos no art.º 5, nº 1 da "Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia", expondo na sua versão original o seguinte: "1. *Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos: a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud. b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia. c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia*

À imagem de outros países, os requisitos de permissibilidade da eutanásia no território espanhol mostram-se análogos aos demais apresentados, destacando-se em alguns aspetos, designadamente: face à possibilidade do médico não informar a decisão do doente aos membros mais próximos, se este assim o decidir. Esta forma de atuação contrasta com o regulamento belga, por exemplo, em que a decisão deve ser tomada em conjunto com quem lhe for mais próximo, a fim de desviar uma atitude impulsiva e pouco refletida do doente; alusivo à "Comissão de Avaliação" ("EC") será realizado uma análise pré e pós procedimento, para garantir que todos os requisitos são cumpridos. Normalmente, esta análise é feita apenas depois do procedimento; no direito à "Objeção de consciência" ("CO") acarretar-se-á não só responsabilidades ao médico escolhido, como a qualquer outro profissional que intervenha no procedimento.[66]

2.6. Portugal

2.6.1. Trabalho parlamentar

O trabalho parlamentar desenvolvido em território português sobre a despenalização da eutanásia ou, como comummente se apresenta, da "morte medicamente assistida", requer uma breve inspeção dos processos e iniciativas parlamentares apresentados ao longo de vários anos até ao momento da sua concretização. Porém, revela-se importante, em primeiro, compreender o contexto penal onde a eutanásia se inseria.

O crime de eutanásia encaixar-se-ia em dois cenários previstos no Código Penal Português. Num primeiro cenário, à luz do art.º 133 do Código Penal sob a epígrafe de "homicídio privilegiado", punir-se-ia todo o individuo que praticasse o crime movido por motivos de "compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral" com uma pena entre 1 a 5 anos. Num segundo cenário e à luz do art.º 134 do Código Penal, estamos perante um "homicídio a pedido da vítima" no qual o infrator é responsabilizado até um período máximo de 3 anos, movido pelo "pedido sério, instante e expresso" realizado pela vítima.[67]

---

en la historia clínica. d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable. e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente." Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanásia, disponível em: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

[66] VELASCO SANZ, Tamara Raquel, et al - Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of medical ethics* [Em linha] (2021) p. 5 [Consult. 22 de Novembro de 2022] Disponível em: <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>

[67] ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Eutanásia e Suicídio Assistido [Em linha] Lisboa: Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar – DILP (P. 39) [Coleção Temas, 60] Disponível em: <https://ficheiros.parlamento.pt/DILP/Dossiers_informacao/Eutanasia/60.EutanasiaSuicidioAssistido_Nov_2020.pdf>

Entendido este breve esclarecimento, passemos à evolução história do debate em torno da "morte medicamente assistida".

A 26 de Abril de 2016, em resultado do movimento cívico em vigor designado "Direito a morrer com dignidade" foi apresentado em Assembleia da República a Petição N.º 103/XIII/1 ("Pela despenalização da morte assistida") cuja assinatura no momento de entrega contaria com 8427 assinaturas. De entre vários argumentos apresentados, o destaque irá para a clara intenção de assumir a "morte assistida" enquanto "direito do doente". Afirmar convictamente a despenalização da "morte assistida" é, segundo esta petição, uma concretização dos direitos humanos, constituído de seres individuais, autónomos, conscientes e plenamente livres nas suas convicções pessoais ou religiosas. A celebração deste ato concretiza, em ultima instância, a liberdade do indivíduo e a possibilidade de realizar aquele que talvez será o seu último pedido. Não obstante ao descrito e reconhecendo a importância reservada ao instituto de cuidados paliativos, este último é insuficiente na satisfação plena das necessidades do doente. Ou seja, ainda que se reconheça o valor da assistência prestada ao doente através dos cuidados paliativos, a sua eficácia é parcial e não permite resolver completamente a condição patológica do doente. Por último, a petição reitera a digna apropriação do "direito a morrer", colocando este em pé de igualdade com a afirmação do direito à vida, já constitucionalmente reconhecido.[68]

Dada a pertinência do tema exaltado na petição, a "despenalização da morte medicamente assistida" é pela primeira vez objeto de discussão parlamentar em sede de Reunião Plenária no dia 1 de Fevereiro de 2017 (XIII Legislatura)[69]. Nesta reunião, são apresentados diferentes pontos de vista à cerca da Petição N.º 103/XIII/1, tendo como principal frente opositora o partido CDS-PP, especificamente com a intervenção da Sr.ª Deputada Isabel Galriça Neto, face à frente congregadora dos restantes partidos políticos.

Para admitir que novos passos sejam dados neste sentido é preciso, segundo palavras do Sr. Deputado José Manuel Pureza (BE), reconhecer até ao momento a "intolerância de impor aos outros a sua conceção de vida". Aqui trata-se de constatar que, da mesma forma que livremente e conscientemente tomamos todas as decisões da nossa vida, também deverá sê-lo no final de

[68] Assembleia da República – Petição N.º 103/XIII/1 "Solicitam a despenalização da morte assistida", disponível em: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePeticao.aspx?BID=12783>

[69] Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 1 de Fevereiro de 2017, Série I, Número 45, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a576376524546535353394551564a4a51584a7864576c32627938794c734b714a5449775532567a63384f6a627955794d45786c5a326c7a6247463061585a684c3052425569314a4c5441304e5335775a47593d&fich=DAR-I-045.pdf&Inline=true>

vida. Assim sendo, é criado agora oportunidade de tornar, também as decisões de fim de vida, num direito disponível a cada indivíduo.[70]

Em confronto, para Sr.ª Deputada Isabel Galriça Neto (CDS-PP) encontrar algum tipo de dignidade no ato da morte é uma distorção, no seu entender, do valor que a "dignidade" apresenta. As vidas humanas encerram o seu valor em si mesmas e atribuir dignidade às vidas humanas é admitir aquilo que os seres humanos, intrinsecamente e intransponivelmente já o são. Permitir, na sua perspetiva, a despenalização da morte assistida constitui "um retrocesso na nossa sociedade" o que significará que, em última instância, matar será um ato normalizado, ainda que a pedido do doente e face a contextos de sofrimento muito particulares.[71]

Concluindo esta breve exposição de argumentos, realço as palavras utilizadas pelo Sr. Deputado André Silva (PAN): "O debate sobre a morte assistida é um debate sobre direitos humanos". De facto, este debate exalta vários valores importantes a considerar, não sendo resumida a sua relevância apenas à dignidade humana. Exaltará também os valores da liberdade e autonomia, estando o homem no centro de qualquer decisão, seja esta de cariz trivial ou algo de tamanho interesse, como é as decisões sobre a sua morte. Sucumbir a nossa conduta aos valores impostos pelo Estado, é renunciar os nossos direitos e a nossa autonomia, sem que possamos decidir o que, de facto, consideramos melhor para nossa vida. E, em casos de sofrimento e impossibilidade curativa, o que aqui se permite é a liberdade decisória do doente no período final da sua existência.[72]

Antes da realização desta Reunião Plenária de 1 de Fevereiro de 2017, na qual é discutida a "morte medicamente assistida" no âmbito da Petição N.º 103/XIII/1, é dada origem a 25 de Janeiro de 2017 a entrega em Assembleia da República da Petição N.º 250/XIII/2 sobre a epígrafe ("Toda a Vida tem Dignidade"), tendo reunido até à data de 23 de Janeiro de 2017 "14.196 subscrições válidas".

Nesta petição celebra-se a exposição de argumentos completamente contrários aos defendidos na 1ª Petição ("Pela despenalização da morte assistida"). Na petição ("Toda a Vida

---

[70] Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 1 de Fevereiro de 2017, Série I, Número 45, p. 47, disponível em:<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a576376524546535353394551564a4a51584a7864576c32627938794c734b714a5449775532567a63384f6a627955794d45786c5a326c7a6247463061585a684c3052425569314a4c5441304e5335775a47593d&fich=DAR-I-045.pdf&Inline=true>

[71] Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 1 de Fevereiro de 2017, Série I, Número 45, p. 50, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a576376524546535353394551564a4a51584a7864576c32627938794c734b714a5449775532567a63384f6a627955794d45786c5a326c7a6247463061585a684c3052425569314a4c5441304e5335775a47593d&fich=DAR-I-045.pdf&Inline=true>

[72] Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 1 de Fevereiro de 2017, Série I, Número 45, p. 51, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a576376524546535353394551564a4a51584a7864576c32627938794c734b714a5449775532567a63384f6a627955794d45786c5a326c7a6247463061585a684c3052425569314a4c5441304e5335775a47593d&fich=DAR-I-045.pdf&Inline=true>

tem Dignidade") a premissa principal foca-se na afirmação cardeal do Direito à Vida e dignidade humana, que jamais deverão ser ameaçados em nome "de individualismos perigosos". Daqui resulta que, uma vez realizada a eutanásia, tal ato constituiria tanto num "homicídio apoiado pelo Estado" como num "suicídio assistido pelo Estado". Aliás, se "a doença, a dor e o sofrimento associados têm remédios que todos devem ter acesso", não será de todo admissível que haja qualquer tipo de direito em matar outro. De modo conclusivo, pretende-se reforçar o suporte de Cuidados Continuados e Paliativos em todas as suas vertentes e excluir qualquer hipótese de se realizar a morte assistida.[73]

A 29 de Maio de 2018, regista-se o dia onde a votação sobre o debate da morte medicamente assistida acontece pela primeira vez. Estavam reunidos quatro projetos de lei: EU, PAN, BE e PEV, no qual, cada um expunha quais as condições "em que a prática da eutanásia não é punível" ou, por outras palavras, "em que a antecipação da morte por decisão própria não é punível". Em todos estes projetos de lei apresentados, constam: em que circunstâncias pode ser pedida a morte assistida; quem pode pedir; de que forma se processa; se é permitida a anulação do pedido pelo doente e, por último, se há obrigatoriedade do médico em participar na morte assistida.[74]

Todos os projetos foram reprovados, existindo apenas uma ressalva para o Partido Socialista (EU) que registou uma diferença de somente 5 votos.

A 23 de Outubro de 2020, celebra-se em Reunião Plenária a votação do Projeto de Resolução n.º 679/XIV/2.ª apresentado pela Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, onde "Propõe a realização de um referendo sobre a (des)penalização da morte a pedido". A essa votação, a generalidade votou contra, sendo então rejeitado o projeto de resolução em causa.[75]

Mais tarde, com a aprovação do Decreto da Assembleia da República n.º 109/XIV ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), onde previamente foram apresentados novos projetos de lei sobre a "morte medicamente assistida". O Presidente da República ulteriormente requererá "ao Tribunal Constitucional a fiscalização preventiva da constitucionalidade" de algumas normas que constam do Decreto n.º 109/XIV,

---

[73] Assembleia da Republica – Petição N.º 250/XIII/2 "Toda a Vida tem Dignidade", disponível em: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePeticao.aspx?BID=12931 >

[74] Neste sentido, ver as respostas apresentadas a estes critérios em Assembleia da República – "Debate sobre a morte medicamente assistida", disponível em: <https://www.parlamento.pt/Paginas/2018/maio/MorteAssistida.aspx >

[75] Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 23 de Outubro de 2020, Série I, Número 17, p. 49, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a566b786c5a79394551564a4a4c305242556b6c42636e463161585a764c7a497577716f6c4d6a42545a584e7a77364e764a5449775447566e61584e7359585270646d4576524546534c556b744d4445334c6e426b5a673d3d&fich=DAR-I-017.pdf&Inline=true>

procedendo à devolução do Decreto, sem promulgação.[76] Com a permissão para serem feitas alterações ao Decreto n.º 109/XIV, dá origem ao Decreto da Assembleia da República n.º 199/XIV, que segue igualmente sem promulgação, tendo o Presidente da República em síntese, transmitido o seguinte: "(...) com os fundamentos expostos, solicito à Assembleia da República que clarifique 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 a 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."[77]

A 9 de Junho de 2022 são discutidos em Reunião Plenária novos projetos de lei dos partidos: BE, EU, PAN e IL, sendo apresentado pelo partido Chega, um Projeto de Resolução n.º 62/XV/1.ª sobre a "Realização de um referendo sobre a despenalização da morte medicamente assistida. Os projetos de lei serão todos eles aprovados, excetuando o Projeto de Resolução apresentado pelo Chega.[78]

Por conseguinte, a 10 de Outubro de 2022, os Partidos EU, IL, BE e PAN convergem todas as suas iniciativas num único texto ("Texto de Substituição"). (citar, Texto de Substituição) Desta proposta de substituição integral e, respetiva aprovação da discussão e votação na especialidade dos projetos de lei a 9 de Junho de 2022, resultou na aprovação pela Comissão a 7 de Dezembro de 2022, com os votos a favor do EU, IL e BE.[79]

A 9 de Dezembro de 2022 é aprovado em Assembleia da República um novo decreto ("Decreto da Assembleia da República N.º 23/XV"), no qual o Presidente da República requererá ao Tribunal Constitucional um pedido de esclarecimento sobre sua constitucionalidade, à qual o Tribunal dita, a 10 de Janeiro de 2023, com base no Acórdão n.º 5/2023, a inconstitucionalidade

[76] Acórdão do Tribunal Constitucional, de 12 de Abril de 2021, proc. n.º 173/2021, Relator: Conselheiro Pedro Machete. [Consult. em 16 julho de 2024] Disponível em: <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html >

[77] Diário da Assembleia da República – Decreto da Assembleia da República ("Mensagem do Presidente da República sobre a devolução, sem promulgação, do Decreto"), Série II-A, Número 48, disponível em: <https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2a/14/03/048/2021-11-30/1?pgs=2-4&org=PLC&plcdf=true>

[78] Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 9 de Junho de 2022, Série I, Número 23, p. 2 ("Sumário"), disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c3168575447566e4c305242556b6b7652454653535546796358567064 6d38764d533743716955794d464e6c63350446f32386c4d6a424d5a5764706332786864476c325953394551564974535330774d6a4d756347526d&fich=DAR-I-023.pdf&lnline=true>

[79] Assembleia da República – "Texto Final e relatório da discussão e votação na especialidade dos Projetos de Lei n.ºs 5/XV71.ª (BE), 74/XV/1.ª (OS), 83/XV/1.ª (PAN) e 111/XV/1.ª (IL)", Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a793944543030764d554e425130524d5279394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c3259554e7662576c7a633246764c7a6b7a4d7a5a694e44426a4c5446694d5463744e4755334d5330354e6a41784c5459335a4445315a6a526b597a6c6a4f4335775a47593d&fich=9336b40c-1b17-4e71-9601-67d15f4dc9c8.pdf&lnline=true>

das normas.[80] Daqui decorre, inevitavelmente a devolução do Decreto e não promulgação do mesmo.

Dito isto, os partidos procedem à "Reapreciação do Decreto n.º 23/XV – Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal", publicada a 29 de Março de 2023.[81] Tal documento dará origem à discussão do mesmo em Reunião Plenária, no dia 31 de Março de 2023, aprovado pela maioria.[82] Novamente em Reunião Plenária, a 12 de Maio de 2023, o Decreto n.º 43/XV é "confirmado por maioria absoluta dos Deputados em efetividade de funções"[83] e, por, força do art.º 136, nº 2 da Constituição da República Portuguesa[84], o Presidente da República fica agora forçado a proceder à promulgação do Decreto n.º 43/XV.[85]

2.6.2. Entendimento da entidade reguladora

Em acompanhamento com todo o trabalho parlamentar desenvolvido sobre a despenalização da "morte medicamente assistida", há igualmente uma vasta apreciação por parte do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), neste âmbito.

Segundo a *leges artis* existem dois caminhos possíveis. No qual a ação médica é conduzida em função da melhoria das condições de saúde do doente, existindo uma perspetiva de cura e, por outro lado, a ação médica concentrada em proporcionar ao doente o maior bem-

---

[80] Acórdão do Tribunal Constitucional, de 30 de Janeiro de 2023, proc. n.º 5/2023, Relator: Conselheira Maria Benedita Urbano, pp. 45 e 46 [Consult. em 18 de julho de 2024] Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c32595338334e7a4e6d4e6d49324e6931684d474d304c54526d4d4759744f5455334d6930784e6d55785a574d314d54677a596a55756347526d&fich=773f6b66-a0c4-4f0f-9572-16e1ec5183b5.pdf&Inline=true>

[81] "Reapreciação do Decreto n.º 23/XV – Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal (Propostas de Alteração PS, IL, BE e PAN)" Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c32595338334f44517759324a6c4e6930345a4751344c54517a4f544574595449334d5330794e4449304f474e684d6a466c4e3249756347526d&fich=7840cbe6-8dd8-4391-a271-24248ca21e7b.pdf&Inline=true>

[82] Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 31 de Março de 2023, Série I, Número 109, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c3168575447566e4c305242556b6b7652454653535546796358567064 6d38764d533743716955794d464e6c63350446f32386c4d6a424d5a5764706332786864476c325953394551564974535330784d446b756347526d&fich=DAR-I-109.pdf&Inline=true >

[83] Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 12 de Maio de 2023, Série I, Número 128, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c3168575447566e4c305242556b6b7652454653535546796358567064 6d38764d533743716955794d464e6c63350446f32386c4d6a424d5a5764706332786864476c325953394551564974535330784d6a67756347526d&fich=DAR-I-128.pdf&Inline=true >

[84] Tal como consta no Art.º 136, art.º 2 ("Promulgação e veto") da Constituição da República Portuguesa – "*Se a Assembleia da República confirmar o voto por maioria absoluta dos Deputados em efectividade de funções, o Presidente da República deverá promulgar o diploma no prazo de oito dias a contar da sua recepção.*". Disponível em: < http://bdjur.almedina.net/citem.php?field=item_id&value=842745 >

[85] Sítio Oficial de Informação da Presidência da República Portuguesa – "Presidente da República promulga Decreto da Assembleia da República sobre a morte medicamente assistida" [Consult. em 20 de julho de 2024] Disponível em: <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2023/05/presidente-da-republica-promulga-decreto-da-assembleia-da-republica-sobre-a-morte-medicamente-assistida/>

estar possível, face à condição incurável que padece. Neste último caso, prescindisse da aplicação de terapêuticas desnecessárias e o foco passa por atribuir algum conforto ao doente ("medicina de acompanhamento" ou "medicina paliativa").[86]

Por sua vez, esta via adotada pela medicina convencional, choca com a presença de uma via alternativa, assente na realização de um pedido de eutanásia. A incurabilidade de uma doença confronta o doente terminal com um sofrimento tal que, colocar um termo definitivo e imediato à sua vida, com recurso à eutanásia, não é uma hipótese automaticamente descartável aos seus olhos. Porém, sê-lo-á aos olhos da medicina, porque além ser um ato sem "jurisdição ética", trata-se da "destruição de uma vida humana".[87]

Em 2018, o CNECV pronuncia-se a respeito do projeto de lei apresentado pelo PAN que "regula o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido". Entre os vários argumentos expostos, procurar-se-á entender qual a posição adotada pelo Conselho.

Começara por advertir-nos para uma precipitada e desproporcional vontade de introduzir como via alternativa a eutanásia, quando temos ainda sérios problemas para resolver, em matéria de acesso equitativo dos cidadãos aos cuidados de saúde. Se tal ato fosse legalizado, assumir-se-ia que há um amplo leque de opções proporcionadas pelo Estado e disponíveis, por seu turno, ao doente, o que tal não se verifica.[88] São claras as desigualdades presentes neste contexto, inexistindo ainda um "acesso efetivo aos cuidados". Nortear o Estado no sentido da legalização da eutanásia, resulta num abandono de algo preliminar e mais essencial a resolver, o acesso aos cuidados paliativos. Em situações como esta, em que nos confrontamos com a finitude humana, é cardial assegurar todos os cuidados necessários, especialmente ao doente em fim de vida, na esperança de lhe atribuir a melhor qualidade de vida possível. Dito isto e com vista a atingir este resultado, é utilizada a "sedação paliativa", que atuará como alternativa quando não é exequível mais nenhuma terapêutica e com o objetivo de proporcionar um "alivio do sofrimento intolerável e persistente".[89]

---

[86] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 11/CNECV/95 ("Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final de Vida") ("Preâmbulo") Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cnecv-95>

[87] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 11/CNECV/95 ("Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final de Vida") Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cnecv-95>

[88] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 101/CNECV/2018 ("Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª – Regula o acesso à morte medicamente assistida") p. 2, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/101-cnecv-2018 >

[89] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 101/CNECV/2018 ("Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª – Regula o acesso à morte medicamente assistida") pp. 6 e 7, disponível em: < https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/101-cnecv-2018 >

Por sua vez, a respeito da afirmação "da vontade/exercício de autonomia" é exaltada no projeto de lei em discussão, a necessidade de um "reconhecimento social e legal da autonomia do doente no sentido de que a sua vontade seja respeitada nas diferentes decisões sobre a sua saúde".[90] Quanto a isto, o Conselho Nacional de Ética pronuncia-se, expondo três principais contra-argumentos: primeiramente, ao expor a deturpação de prioridades no contexto médico, existindo uma clara violação da "recusa de obstinação e da futilidades terapêuticas" dos profissionais de saúde, quando chegam, em certas situações, a serem ignoradas, face à preocupação que o Estado ajuíze sobre os pedidos de morte, enquanto expressão da autonomia humanas. A prioridade não poderá assentar na discussão dos pedidos de morte, mas antes na "promoção contínua das boas práticas clínicas"[91]; seguidamente, alude-nos para a inconsistência dos critérios usados no apuramento do exercício de autonomia, resumindo-os à "idade", "interdição" e "inabilitação por anomalia psíquica", além de serem validadas solicitações de morte, determinadas por "situações de grande sofrimento por patologias com evolução fatal"[92]; em terceiro e último lugar, está a errada colocação do médico, enquanto figura central na concretização da morte do paciente. A sua conduta médica não lhe permite participar nesta prática e, para que tal seja eventualmente possível, não basta apenas "*encontrar um médico que o faça*", mas existir, antes de mais, uma reconfiguração dos "princípios e deveres" plasmados na *leges artis*.[93]

A incumbência final apresentada pelo Conselho Nacional de Ética, em resultado da realização de um ciclo de debates públicos, assenta na urgência em adensar o conhecimento dos cidadãos para as decisões tomadas em final de vida, reconhecendo como indispensável interesse o debate público e informado.[94]

Perante o exposto, o projeto segue sem a aprovação do Conselho Nacional de Ética.

Em 2020, foi objeto de apreciação o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1ª apresentado pelo EU ("Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível") e, tendo por base, o Parecer N.º 101/CNECV/2018, serão invocadas

---

[90] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 101/CNECV/2018 ("Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª – Regula o acesso à morte medicamente assistida") p. 4, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/101-cnecv-2018 >

[91] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 101/CNECV/2018 ("Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª – Regula o acesso à morte medicamente assistida") pp. 4 e 5, disponível em: < https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/101-cnecv-2018 >

[92] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 101/CNECV/2018 ("Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª – Regula o acesso à morte medicamente assistida") p. 5, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/101-cnecv-2018 >

[93] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 101/CNECV/2018 ("Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª – Regula o acesso à morte medicamente assistida") p. 6, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/101-cnecv-2018 >

[94] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 101/CNECV/2018 ("Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª – Regula o acesso à morte medicamente assistida") p. 7, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/101-cnecv-2018 >

algumas questões, nomeadamente sobre: os "fundamentos invocados para legitimar a morte a pedido"; a "operacionalização do procedimento de morte a pedido e implicações sobre os profissionais e as organizações da saúde"; e, por último, algumas "considerações específicas sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1ª (EU)".[95]

Na abordagem aos "fundamentos invocados para legitimar a morte a pedido", é avaliado o sentido empregue aos termos "da dignidade e da autonomia". Daqui depreende-se que, mesmo em situações mais frágeis, no qual, se vislumbra uma qualidade de vida desumana, a vida e a dignidade intrínseca da pessoa mantêm seu valor. A discussão passa por entender se, a perceção da perda de dignidade pode ser tida como apoio para o Estado legitimar a morte a pedido.[96] Em boa verdade, "não existe um direito à morte", mas curiosamente é no direito a uma vida plena que se pode legitimar um pedido de morte. O apoio e o sofrimento solitário envolvidos nesse pedido, devem ser tratados com proximidade e confiança na relação médico-doente, especialmente diante das falhas do sistema de saúde. Ser-nos-á percetível entender que, sem alívio para o sofrimento, um paciente busque uma solução para o que considera ser uma "vida que não vale a pena viver". No entanto, há uma "diferença moral" entre tirar a vida e permitir que ela siga seu curso natural, prestando suporte técnico e humano, recusando tratamentos inúteis, mas sobretudo garantindo ajuda através da relação médico-doente e a sua equipa, para que se encontre as melhores soluções possíveis.[97]

Da mesma forma, analisa-se a dimensão de dor e sofrimento, que representam no projeto de lei em análise, um dos fatores mais preponderantes na legitimação do pedido de morte. A perceção do sofrimento do doente será, pelo médico e pela equipa, determinada em função do contexto em que se insere e complexificada pela falta de uma linha clara entre o sofrimento humano dito "normal" e o sofrimento intolerável. Aceitar um pedido de morte baseado apenas na avaliação do doente ou na confirmação do médico é penoso. Na relação entre ambos, deve incluir-se espaço para cuidar e explorar o pedido de morte, contudo será dificultado pelo sistema de saúde deficitário, que muitas vezes não oferece alívio adequado para o sofrimento e, tendo em

[95] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 109/CNECV/2020 ("Parecer N.º 109/CNECV/2020 sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS) Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível") Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/109-cnecv-2020>

[96] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 109/CNECV/2020 ("Parecer N.º 109/CNECV/2020 sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS) Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível") p. 2, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/109-cnecv-2020>

[97] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 109/CNECV/2020 ("Parecer N.º 109/CNECV/2020 sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS) Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível") p. 3, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/109-cnecv-2020>

conta essas condições, o pedido de morte pode resultar numa escolha inautêntica, devido à falta de alternativas de ajuda.[98]

Ingressando agora na "operacionalização do procedimento de morte a pedido e implicações sobre os profissionais e as organizações da saúde", reitera-se o papel a desempenhar pelos profissionais de saúde e as implicações que estes se encontrarão sujeitos. O Projeto de Lei designa aos médicos a responsabilidade não só de realizar a morte, mas também de seguir procedimentos que legitimem o pedido do paciente para morrer. Não existem dados sobre quantos médicos e enfermeiros estariam dispostos a assumir essas novas responsabilidades, que não fazem parte de suas funções atuais. Muitos médicos, mesmo os que apoiam a lei, não aceitariam ser os seus executores diretos. Além do mais, seria eticamente problemático estabelecer um sistema sem garantir que os pedidos possam ser atendidos de forma equitativa em todo o país. Profissionais de saúde regulam-se a si mesmos e impor novas responsabilidades que conflitem com seus princípios éticos pode causar discórdia com o Estado e minar a confiança dos pacientes nos médicos, conforme a Ordem dos Médicos tem ressaltado.[99]

Por último, a respeito das "considerações específicas sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1ª (EU)" apontam para a referência de variados conceitos vagos, tais como: "lesão definitiva", arriscando com este conceito a "incluir situações que não são fim de vida"; também na qualidade do médico especialista, este é caracterizado por "*especialista na patologia que afeta o doente*" e, concluindo, para efeitos de apreciação do pedido realizado pelo doente através da emissão de um parecer, realizado pela Comissão de Verificação e Avaliação, num "*prazo máximo de 5 dias úteis*", a Comissão considera "irrealista".[100]

Posto isto, o presente projeto de lei segue novamente sem aprovação pelo Conselho.

Mais recentemente, a Junho de 2022, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, imite um "Parecer sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (EU) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal" (Parecer 116/CNECV/2022).

---

[98] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 109/CNECV/2020 ("Parecer N.º 109/CNECV/2020 sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS) Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível") pp. 4 e 5, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/109-cnecv-2020>

[99] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 109/CNECV/2020 ("Parecer N.º 109/CNECV/2020 sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS) Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível") pp. 6 e 7, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/109-cnecv-2020>

[100] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 109/CNECV/2020 ("Parecer N.º 109/CNECV/2020 sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS) Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível") p. 11, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/109-cnecv-2020>

A respeito dos termos utilizados, para designar o tipo de doença que vinculará os pedidos de morte medicamente assistida, é dado um significativo avanço ao prescindir do termo "doença incurável e fatal", para assumir agora um termo mais vasto de "doença grave ou incurável" [cunhada pelo Projeto de Lei n.º 83/XV/1 (PAN)]. Aqui o principal diferencial, resume-se na eliminação da "fatalidade", até ao momento, tão subjacente nas definições utilizadas.[101]

Erroneamente, também acentuar-se-ia, até ao Decreto n.º 109/XIV, a autonomia e o livre desenvolvimento da personalidade, mas apenas dentro dos limites que equilibrassem esses princípios com a ponderação social. Por sua vez, o debate na sociedade portuguesa levou à permissão legal da morte assistida em "situações-limite", como doenças incuráveis e fatais, onde a beneficência tradicional não é mais viável, nem mesmo com o acesso aos cuidados paliativos. Dito isto e à luz do art.º 24 da Constituição Portuguesa, na ocorrência de situações em que a continuidade da vida choca com a vontade do doente, estas deverão ser interpretadas restritivamente. A autonomia do doente pode justificar a intervenção legislativa, mas a proteção da vida continua a ser a principal incumbência do Estado e, nesse sentido, a lei portuguesa procura equilibrar as decisões adotadas em "situações-limite", especialmente ao definir quais pacientes têm direito à sedação paliativa e ao reconhecer, outrossim, o direito de não sofrer para aqueles que se apresentem em estágios avançados e terminais de doença.[102]

Quanto à definição de sofrimento, a dúvida permanece face à irremediável subjetividade que a caracteriza, uma vez que, não existindo uma medida precisa para o sofrimento, é essencial considerar a experiência do doente e acompanhar o seu sofrimento ao longo do tempo e de forma completa, sem que se baseie numa única avaliação.[103]

Por último, várias insuficiências serão apontadas no sentido de, por exemplo: todos os projetos de lei pretendem assegurar que a decisão do doente seja realmente livre e informada, respeitando sua autonomia, no entanto, o artigo 19º, alínea i) dos três projetos de lei não atende adequadamente a esse objetivo. O dever do médico de "assegurar o acompanhamento psicológico do doente" não garante que esse suporte seja oferecido desde o primeiro momento em que o doente expressa o seu pedido. Dado o significado desse pedido, é crucial que a decisão seja

[101] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal") p. 6, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219 >

[102] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal") pp. 6 e 7, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219 >

[103] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal") p. 8, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219>

acompanhada por um psicólogo, desde o início e se o doente assim desejar.[104]; o acesso aos cuidados paliativos não é garantido a todos os cidadãos e, tendo em conta o exposto o art.º 4, n.º 5 dos projetos de lei em causa, em que ("ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos"), se tal garantia for de facto livre e não influenciada pela falta de opções, discriminará ainda assim, os doentes que, apesar de sofrerem de doença ou lesão, não querem solicitar a morte assistida e preferem cuidados paliativos. O resultado disso, é a violação do principio da igualdade, ao criar desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre esses dois grupos[105]; por último, para garantir que os procedimentos de morte medicamente assistida respeitem a autonomia do doente, é crucial que a Comissão de Verificação e Avaliação (CVA) inclua mais um médico indicado pela Ordem dos Médicos, só assim poderá efetivamente verificar e validar os procedimentos. A avaliação da CVA, conforme o art.º 27 dos projetos de lei, deve ser detalhada e não apenas formal ou burocrática. A qualidade e imparcialidade dessa avaliação são essenciais, especialmente porque os projetos de lei não estabelecem prazos para o procedimento, logo é importante que essa avaliação seja reconhecida como instrumento de análise e reflexão sobre esta nova prática na sociedade portuguesa.[106]

Não obstante, às incongruências expostas neste parecer, é reconhecida alguma evolução e segue com a aprovação do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Apoderando-me das palavras utilizadas pelo Conselheiro ANDRÉ DIAS PEREIRA[107]: "*O Parecer do CNECV, de 9 de junho de 2022, configura uma contribuição para que uma futura lei – que poderá vir a despenalizar e a regular a eutanásia e o suicídio assistido – possam corresponder a um modelo que respeite a pluralidade de mundivisões existentes na sociedade portuguesa sobre as decisões de fim de vida*."

---

[104] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal") pp. 11 e 12, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219>

[105] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal") p. 12, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219>

[106] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal") p. 13, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219>

[107] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – "Declarações ao Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª(BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal" p. 1, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219?download_document=9366&token=b9d51b829d3c975afcceefe7a03da990>

3. Direitos humanos em confronto: direito à vida *vs*. Direito à dignidade da pessoa humana

A inviolabilidade da vida humana, resultado do exposto no art.º 24, nº1 da Constituição da República Portuguesa, toma proporções desmedidas quando, em nome dessa inviolabilidade, coloca em causa a liberdade individual do sujeito. O direito à vida enquanto direito fundamental consagrado constitucionalmente, só admitirá este cunho anexo à liberdade e à dignidade da pessoa humana, sendo impossível conceber um direito deste tipo sem o agrupamento destes últimos. A consagração de direitos fundamentais resulta na fundamentalidade da liberdade individual, tendo o Estado, por sua vez, que reconhecer essa liberdade.[108]

Apesar dos direitos fundamentais plasmados na Constituição serem o resultado do Estado que os institui, não deixará de se identificar a individualidade daqueles direitos, criados para o gozo pleno e único dos indivíduos. O problema assenta na tentativa do Estado os considerar como direitos de interesse comum, de toda a sociedade, no entanto, se é atribuído ao indivíduo direitos fundamentais, resultado da "natureza jusfundamental material de um direito constitucional" que, por sua vez, consagra esses direitos enquanto direitos pessoais ou individuais, será um contrassenso impor a vontade do Estado ou da sociedade contra a vontade do individuo. Nenhuma vontade externa, seja ela da sociedade ou Estado, se sobreporá à vontade e interesses dos indivíduos, estes são os detentores únicos e legítimos desses direitos, servindo-se deles da forma que bem entenderem, mesmo que essa forma atente contra os interesses do Estado.[109]

Quando o Estado intervêm e se sobrepõe à autonomia no gozo e exercício dos direitos fundamentais consagrados, fá-lo não para lesar o outro, mas para o proteger de decisões que considera pouco racionais e indignas.[110] Os direitos fundamentais materializam o principio da dignidade da pessoa humana, e renunciar o exercício desses direitos só poderá justificar-se quando outros direitos constitucionais consagrados são capazes de repor a lacuna ali existente, sem nunca ultrapassar os limites razoáveis daquela "renúncia". Ou seja, o Estado propiciará essa "renúncia" quando decide proteger, contra a vontade do individuo, os seus direitos fundamentais. Ainda que

---

[108] RAMIÃO, Ruben – Uma Breve Reflexão sobre a Eutanásia. *Instituto de Ciências Jurídico Políticas/Centro de Investigação de Direito Público* [Em linha] (2020) p. 3. [Consult. em 23 de Novembro de 2022] Disponível em: <http://icjp.pt/publicacoes/papers/4>

[109] Cfr. Decreto-Lei n.º 48/95 (Código Penal), op. cit.; ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Eutanásia e Suicídio Assistido [Em linha] Lisboa: Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar – DILP (P. 46) [Coleção Temas, 60] Disponível em:<https://ficheiros.parlamento.pt/DILP/Dossiers_informacao/Eutanasia/60.EutanasiaSuicidioAssistido_Nov_2020.pdf>

[110] MAC CRORIE, Benedita – Os limites da renúncia a direitos fundamentais nas relações entre particulares: algumas notas. *In* FIGUEIRAS, Claúdia Sofia Melo (coord.), et. al - *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor António Cândido de Oliveira.* Livraria Almedina, 2017 (141-150) p. 141.

a sua intenção seja a proteção, acabará por fazer o contrário, impondo ao indivíduo uma proteção não solicitada e que o mesmo não carece.[111]

Kant diria que, nunca nenhum homem poderá ser percecionado como um meio, mas antes como um fim em si mesmo, só este possui as rédeas de si próprio, alheio às vontades que queiram impugnar para si. A ação do homem é o produto da sua vontade, intrínseco à sua natureza e inalienável a quaisquer outras vontades/interesses que não o seu. No entanto, também percebe que a afirmação da autonomia e vontades individuais não se sustentarão por si próprias, carecem do apoio do principio da dignidade humana para se perpetuarem no tempo. É preciso admitir mais seriedade a este domínio, quando aquilo que percecionamos ultrapassa a mera proteção moral daquele principio e admite vínculo jurídico, previstos normativamente na maioria dos Estados. Constitui, por outras palavras, o fundamento moral e normativo de qualquer ordenamento jurídico colocando os Estados, a partir desse momento, comprometidos a garantir a sua proteção.[112] Salvaguardar a dignidade humana vai além desta incumbência do Estado, enquanto zelador da individualidade e liberdade dos indivíduos, e constituirá doravante o seu fundamento e sua finalidade, enquanto Estado de Direito democrático.[113]

Se considerarmos esta perspetiva à luz do art.º 2 da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativa às Aplicações da Biologia e da Medicina, veremos que resulta na violação dos "*interesses e bem-estar do ser humano*", quando estes "*deverão prevalecer sobre o interesse exclusivo da sociedade ou da ciência*".[114]

O valor da dignidade humana ver-se-á testado, inclusive, em matéria constitucional. É apurada a forma como o Tribunal Constitucional Português se pronuncia sobre esse mesmo valor, em contextos de especial sensibilidade jurídica. Sobre este tema, PATRICIA JERÓNIMO pertinentemente adverte para o acórdão n.º 123/2021, no qual, o Tribunal Constitucional é chamado a pronunciar-se "sobre a descriminalização e regulação da morte medicamente assistida". No entender do Tribunal, o "direito à vida" consiste numa constante proteção e promoção das vidas humanas, ou seja, deverá ser entendida sempre na sua vertente positiva, movida por ações que a protejam. E reconhecer, por outro lado, como consequência direta a

---

[111] *Ibidem*, pp. 143 e 144.

[112] MESSETTI, Paulo André Stein; DALLARI, Dalmo Abreu – Dignidade humana à luz da Constituição, dos Direitos Humanos e da biotética. *Journal of Human Growth and Development* [Em linha] Vol. 28, n.º 3 (2018) Pp. 2 e 3 [Consult. 3 de Jun. 2022] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152176>

[113] MESSETTI, Paulo André Stein; DALLARI, Dalmo Abreu – Dignidade humana à luz da Constituição, dos Direitos Humanos e da biotética. *Journal of Human Growth and Development* [Em linha] Vol. 28, n.º 3 (2018) p. 5 [Consult. 3 de Jun. 2022] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152176>

[114] LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000, p. 157.

existência de um "direito de morrer", é completamente inconcebível. Porém, não deixará de reconhecer-se a possibilidade, em resultado da capacidade de autodeterminação do indivíduo, do direito à morte vir a existir.[115]

Ainda assim, a preocupação do legislador assenta sobretudo nas consequências que a "descriminalização" de tal ato terá para os profissionais de saúde. Neste sentido, estes serão desresponsabilizados da prática "em auxílio a pessoas em situações-limite de sofrimento", advertindo que, uma proteção absoluta e incondicional da vida não será uma solução adequada, quando está em causa o usufruto da autonomia individual. Respeitar a dignidade da pessoa humana, significa abraçar a total autonomia do outro e, sujeitar a autonomia individual em nome do direito à vida, só iria traduzir-se numa dolorosa obrigação.[116]

No seu veredito final, o Tribunal Constitucional acabou por indicar a "inconstitucionalidade das normas sindicadas". Não obstante, reforça-se neste acórdão, a necessidade de olhar o principio da dignidade humana, segundo uma visão pluralista, "aberta e inclusiva", em que a cada pessoa se reserva o direito de terem a sua perceção de vida boa.[117]

[115] JERÓNIMO, Patrícia – "O recurso ao princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência multicultural do Tribunal Constitucional Português" *In* A. Sofia Pinto Oliveira e Patrícia Jerónimo (coord.) – *Liberum Amicorum Benedita Mac Crorie*, Braga, Uminho Editora, 2022, p. 376, disponível em: <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.105.18>

[116] JERÓNIMO, Patrícia – "O recurso ao princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência multicultural do Tribunal Constitucional Português" *In* A. Sofia Pinto Oliveira e Patrícia Jerónimo (coord.) – *Liberum Amicorum Benedita Mac Crorie*, Braga, Uminho Editora, 2022, pp. 376 e 377, disponível em: <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.105.18>

[117] JERÓNIMO, Patrícia – "O recurso ao princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência multicultural do Tribunal Constitucional Português" *In* A. Sofia Pinto Oliveira e Patrícia Jerónimo (coord.) – *Liberum Amicorum Benedita Mac Crorie*, Braga, Uminho Editora, 2022, p. 377, disponível em: <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.105.18>

CAPÍTULO II – DIREITOS HUMANOS E PRINCÍPIOS DE BIOÉTICA RELEVANTES PARA A PROBLEMÁTICA DA EUTANÁSIA

1. Nota Prévia

O direito comporta um conjunto variado de princípios jurídicos, sendo de primacial importância para o presente estudo, os que reportam aos princípios fundamentais defendidos no catálogo de direitos humanos. Precisamente na questão de eutanásia, alguns desses princípios fundamentais, entre os quais se destaca o direito à vida e o direito à dignidade da pessoa humana, ver-nos-emos forçados a compreender melhor a sua amplitude jurídica. Face à complexidade que rodeia este novo ato médico, não nos bastará olhá-lo apenas do ponto de vista clínico, ou seja, apenas no sentido de entendê-lo como profícuo ou não para a saúde do paciente, trata-se sobretudo de olhar para a vertente humana desse ato. Logo aqui se distingue de qualquer outro ato médico. Não se trata apenas de minorar ou solucionar uma qualquer patologia médica, mas de entender também se do ponto de vista ético e moral este ato resulta na felicidade e bem-estar do doente. O que importa perceber assenta no seguinte: estará este ato a agir em conformidade com os preceitos fundamentais pré-estabelecidos? Ou dito noutros termos, existirá concordância possível entre os direitos humanos e a prática da eutanásia?

2. Direitos humanos com relevância face à prática da eutanásia

1.1. Direito humano à vida

Numa sociedade norteada primacialmente pelos valores da liberdade e da autonomia do sujeito, o direito à vida surge como substrato essencial à realização desses mesmos valores. Principia a ordem dos valores fundamentais de qualquer diploma nacional e internacional, e ao qual todos os ordenamentos jurídicos devem a sua devida proteção.

Partindo de uma análise conceptual[118], a "vida humana" constitui-se através do agrupamento de um conjunto de células humanas. Só é possível 46rata4646-la desta forma quando as células desse fundo genético são maioritariamente humanas. Vejamos aliás que, o homem é em si mesmo portador de variadíssimas especificidades, sendo o único capaz de integrar uma sociedade orientada por valores morais e constatar que os seus semelhantes partilham as mesmas competências éticas. Uma vez integrado nessa sociedade pressupõe-se o respeito, por seu turno, dessa individualidade única que o reveste. Trata-se de uma harmonia recíproca onde o individuo reconhece, por um lado, a existência de princípios gerais e elementares aos quais deve sujeição e onde a sociedade reconhece, por outro lado, que terá também a obrigação de respeitar o individuo em quaisquer dimensões da sua vida.

Esta reciprocidade que aqui se fala funda-se numa tese igualitária. Fomenta-se a igualdade entre todos os seres humanos, logo a partir do momento em que são concebidos. Ou seja, logo que qualquer ser humano surja é lhe cunhada uma igualdade inata e indilacerável, contudo este valor não se confunde com uma igualdade *stricto sensu* diante dos restantes indivíduos. Todos os homens são iguais em direitos. É esse o denominador comum, a base comum a todos, doravante será o próprio a trilhar o seu destino de acordo com as suas convicções. A única garantia assenta na salvaguarda de requisitos mínimos necessários à preservação da dignidade humana. Mesmo que falemos do direito basilar à vida e este seja um direito comum a todos, não significa que teremos todos a mesma perspetiva sobre o que este representa.

Ainda que partilhemos os mesmos direitos, há um teto comum que nos limita, o da dignidade de cada pessoa humana. Será isto que nos permitirá perceber que, seja qual for a convicção do indivíduo, em circunstância alguma renunciará a sua vontade em nome de outra. Apenas o que for de encontro à satisfação dos interesses de cada indivíduo concretiza o respeito pela dignidade.

A preservação da vida humana ultrapassa a sua dimensão meramente biológica a partir do momento que é entendida enquanto bem jurídico. Identificando "um processo de ponderação de valorações jurídico-normativas"[119] querendo com isto significar o quê concretamente? Pois bem, sempre que falemos em bem jurídico, entraremos indubitavelmente no domínio penal, cujo âmbito

[118] NUNES, Rui – A vida humana: início e termo. *Humanística e Teologia* [Em linha] Vol. 17, n.º 3 (1996) pp. 342 e seguintes [Consult. em 19 de Dezembro de 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.1996.5943>

[119] GODINHO, Inês – *Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de comparticipação em direito penal* [Em linha] Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2013. Tese de Doutoramento em Direito, na especialidade de Ciências Jurídico-Criminais, p. 91 [Consult. em 20 de Dezembro de 2023] Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/24541>

de ação passa pela tutela de "bens jurídicos fundamentais".[120] Como no assunto em análise a nossa atenção versa sobre a vida humana, é essencial entendê-la brevemente à luz da moldura penal.

A implementação do chamado "bem jurídico" não principia da vontade do legislador que, por sua e apenas sua iniciativa, concebe determinado bem jurídico. O cunho de bem jurídico origina com a pré-existência de um determinado bem na sociedade, sendo o legislador apenas o responsável por atribuir aquele bem, valor jurídico ou normativo. A partir do momento que seja entendido como tal, parte da sociedade o zelo e respeito pelo bem jurídico consagrado, evitando dessa forma possíveis represálias penais.[121] Há diferentes espectros protecionistas no campo jurídico, há qual nem sempre resulta para o agente, no caso de infração, uma consequência penal, porém em princípios fundamentais, como a vida, justificar-se-á o uso do mecanismo penal na sua proteção.[122]

Na nossa Constituição, o art.º 24, n. º1 descreve a vida humana enquanto valor "inviolável", ora se sabemos que este se trata de um bem jurídico pressupomos de imediato que, caso se viole a vida humana de outrem incorremos a uma consequência penal.

Contudo, o significado que se atribui ao termo "inviolável", presente na Constituição, não toma uma linha tão linear como referida à priori. Vejamos os casos em que a cessação da vida do outro não resulta de uma tentativa voluntária do agente, tendo surgido, por exemplo, apenas por legitima defesa, ou em casos de aborto, em que também à morte de um ser ainda em ambiente intrauterino. O que aqui se protege não é a vida humana enquanto dimensão sagrada e intocável, mas sim um bem jurídico superior que atua como sustentáculo de todos os restantes direitos fundamentais.[123]

Na ótica de J.J GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA, o direito à vida resulta, de modo diametral, no "direito de não ser morto".[124] Entendemos então que, para que haja direito à vida basta estar-se vivo e que nenhum outro cause nenhum ato atentatório à preservação da minha vida. A proteção deste principio à luz da inviolabilidade constitucional da vida humana, cessa apenas quando se dê a "[("*falência*") completa e irreversível da função global do cérebro]", até lá,

---

[120] COUTO, Diana Ferreira – A justiça penal relativamente ao bem jurídico "Vida Humana". *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Lusófona do Porto* [Em linha] Vol. 8, n.º 8 (2016) p. 179 [Consult. em 19 de Dezembro de 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.46294/ulplr - rdulp.v8i8.5728>

[121] *Ibidem*, pp. 179 e 180.

[122] *Ibidem*, p. 182.

[123] RAMIÃO, Ruben – Uma Breve Reflexão sobre a Eutanásia. *Instituto de Ciências Jurídico Políticas/Centro de Investigação de Direito Público* [Em linha] (2020) p. 5 [Consult. em 19 de Dezembro de 2023] Disponível em: <http://icjp.pt/publicacoes/papers/4>

[124] GOMES CANOTILHO, J.J; MOREIRA, Vital – *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4ª edição. Vol. I Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 447 e seguintes.

todas as vidas humanas serão, sem exceção, protegidas. É inconcebível no ideal constitucional, atribuir ao sujeito total disponibilidade decisória nas questões da sua própria vida, principalmente nos casos em que se conjetura uma antecipação da morte. Têm-se em consideração casos de doentes em situação vulnerável, reforçando, nesse sentido, "regras especiais" no acompanhamento médico, contudo não se vislumbra hipótese alguma de terminar com a vida do doente a pedido do próprio ou cessar com os cuidados de saúde prestados. A fim ao cabo, falar-se numa "vida sem valor de vida", isto é, numa vida sem qualquer dignidade e sem qualquer réstia de valor existente para o doente, não coaduna com os pressupostos constitucionais.

Noutros termos, a ilação que podemos daqui retirar assenta numa espécie de uma "obrigação de viver", isto porque sendo o direito à vida um bem jurídico disponível ao sujeito, e sendo este o único detentor do mesmo, a indisponibilidade de recorrer à morte medicamente assistida ou, como corriqueiramente designamos por, eutanásia, não nos permite entender de outra forma que não seja a existência de uma obrigação. Em nenhum momento, qualquer que seja o direito à qual nos referíramos, principalmente relativo a um direito fundamental, apresentará um carácter obrigacional. Muito antes pelo contrário, tratar-se-á sempre de uma liberdade à disposição do sujeito.[125]

Assiste-se aqui a um enorme contrassenso. Se por um lado, o direito à vida é um direito que pertence única e exclusivamente ao individuo e ao qual se entende, devido ao sua dimensão fundamental, que deve exercê-lo segundo as suas próprias convicções, por outro lado, nas situações em que o indivíduo decida, consciente e autonomamente, por termo à sua vida com auxílio médico (eutanásia), não poderá fazê-lo porque viola a suprema convicção de que todas as vidas importam e merecem preservação. Ou seja, se em momentos de maior aflição, com dores fortíssimas e insanáveis não posso recorrer do meu direito a decidir sobre a minha própria vida, porque essa decisão dará origem à morte, então equaciona-se até que ponto a vida é realmente nossa. Há um viés religioso e não tão jurídico quando esta questão surge à berlinda, como se a nossa vida se tratasse de "uma dádiva" impossível de ser corrompida.[126]

[125] RAMIÃO, Ruben – Uma Breve Reflexão sobre a Eutanásia. *Instituto de Ciências Jurídico Políticas/Centro de Investigação de Direito Público* [Em linha] (2020) p. 6. [Consult. em 20 de Dezembro de 2023] Disponível em: <http://icjp.pt/publicacoes/papers/4>
[126] *Ibidem*, p.6

1.2. Direito à dignidade da pessoa humana

Esta dimensão, simultaneamente jurídica e humanística, apesar de muito bem cimentada apresenta ao longo do seu vasto período de existência idiossincrasias muito particulares, desde logo pela sua complexidade interpretativa. Ou seja, irá assumir vários sentidos e significados conforme o contexto em que se insira.

Apesar das diferentes aceções que este princípio possa perfilhar, existe um significado geral que a caracteriza e à qual pretendo perquirir doravante.

Como bem sabemos, a instituição dos chamados direitos fundamentais e/ou direitos humanos assume relevância jurídica quer ao nível do ordenamento interno de cada país, como ao nível do ordenamento jurídico internacional, tendo como objetivo predeterminado a proteção da dignidade de toda e qualquer pessoa humana. Dizem-se "direitos subjetivos", pela afirmação dos valores de dignidade, autonomia e liberdade, exteriorizada sobre a forma de vontades humanas. Esta é uma subjetividade diferente da que comummente se atribui aos demais direitos. Em primeiro lugar, pela sua origem no Direito Natural, portanto resultado de uma natureza inquestionável e intrínseca a todo e qualquer indivíduo, caberá aos dirigentes políticos nacionais ou internacionais proclamar esses mesmos direitos, sem que com isso seja necessário qualquer tipo de aprovação. Em segundo lugar, pela sua formalidade e materialidade: formalidade pela razão de se constar a afirmação desses direitos fundamentais nos preceitos constitucionais e materialidade pela consideração sempre, em última instância, da salvaguarda da dignidade da pessoa humana.[127]

O princípio da dignidade da pessoa humana releva ao nível da esfera pessoal, o respeito pela autodeterminação e autonomia de cada indivíduo. À luz deste princípio, toda e qualquer pessoa se diz livre a partir do momento que é capaz de tomar as suas próprias decisões, por um lado, dir-se-á "cidadão" ao usufruir de um conjunto disponível de direitos ao seu dispor e, por outro lado, dir-se-á "pessoa" na capacidade única de se autodeterminar.[128] Aliás, mesmo em situações em que a autodeterminação e autonomia inexistam ou que, por algum motivo alheio ao nosso conhecimento, não seja possível o exercer, a afirmação da dignidade humana prevalecerá. Compreender verdadeiramente este principio passa também por entender a necessidade de

[127] BARBOSA RODRIGUES, Luís – *Manual de Direitos Fundamentais e de Direitos Humanos*. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa, 2021, pp. 31-33.
[128] NOVAIS, Jorge Reis e FREITAS, Tiago Fidalgo de – *A Dignidade da Pessoa Humana na Justiça Constitucional*. Coimbra: Edições Almedina, 2018, p. 394.

assegurar um patamar base, onde todos os indivíduos, independentemente das suas especificidades pessoais, possam evoluir e trabalhar as suas competências.[129]

Quando ainda há pouco nos referíamos à qualidade intrínseca e inata da dignidade humana no ser humano, enquanto sustentáculo dos direitos fundamentais, não atribuímos com isso qualquer qualidade de divindade, ainda que o possa sugerir à primeira vista. A dignidade humana diz-se intrínseca pelo simples valor humano que esse princípio assume, ou seja, não estando este ao serviço de nenhum proveito aparente e ao decorrer apenas do contexto cultural e civilizacional em que se insere, o seu valor decorrerá apenas da "humanidade" presente em cada um de nós.[130]

Esta especial característica de dignidade no ser humano seria de facto, à luz dos preceitos defendidos no Antigo e Novo Testamentos, resultado da criação divina. Sendo Deus o criador do homem e sendo este concebido à sua imagem, também se concluía como responsável pela especial atribuição de dignidade ao homem, Deus, enquanto princípio incorruptível. Com a evolução do pensamento filosófico, rompe-se com essa ideia arcaica de dignidade e introduz-se várias ideologias entre quais destaco, nomeadamente: a ideia do homem imerso num mar de possibilidades que, graças à sua dignidade, ser-lhe-á permitido tomar as suas próprias decisões e, por sua vez, ter a liberdade de escolher o que bem lhe aprouver; como a ideia do homem considerado como fim em si mesmo, na celebração daquilo que lhe é inato, será o primeiro e último responsável das suas decisões.[131]

A dignidade da pessoa assume relevância jurídica por se referir exatamente à classe humana. Num Estado de Direito democrático, todo e qualquer ser humano se encontrará em igualdade de circunstâncias, quer perante a sua individualidade, como perante as relações que estabelece com autoridades públicas. Assim sendo, ao reconhecer-se este estatuto jurídico ao homem, resultará indubitavelmente o seu adstrito respeito. A congénita "humanidade" que rodeia a existência humana, consciencializa para a necessidade do respeito individual, alheia às particularidades de cada um, e alerta para o respeito dos outros, especialmente das autoridades públicas, encarregues de salvaguardar a dignidade da pessoa humana. Noutros termos, ao conferir uma posição de igual dignidade a todos os seres humanos, deverá também existir consideração

[129] NOVAIS, Jorge Reis – *A dignidade da pessoa humana: dignidade e inconstitucionalidade*. Vol. II. Coimbra: Almedina, 2016, p. 96.
[130] *Ibidem*, p. 99.
[131] MAC CRORIE, Benedita – O recurso ao princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência do Tribunal Constitucional In *Estudos em Comemoração do Décimo Aniversário da Licenciatura em Direito da Universidade do Minho*. Coimbra: Almedina, 2003 (151-174) pp. 165 e 166.

jurídica na potencialização das capacidades dos indivíduos e a existência de um ambiente que propicie esse mesmo desenvolvimento.[132]

O ser humano é considerado na sua totalidade, da mesma forma que a dignidade que o circunscreve também englobará todas as dimensões humanas do próprio. Noutros termos, o homem vê-se respeitado quando existe uma completa aceitação do seu "eu" ou da sua "humanidade". Não existe margem alguma para diferenciação. É na diferença que surge a singularidade do homem logo, será aceitando impreterivelmente essa singularidade humana, que dir-nos-emos em conformidade com a verdadeira aceção do princípio da dignidade da pessoa humana.[133] Em termos práticos, falamos do usufruto do "direito à diferença". Resultado da consagração do "direito ao desenvolvimento da personalidade", encontrar-se-á anexo o "direito à diferença" que permitirá ao indivíduo decidir livremente o curso da sua vida, sem com isso lesar a vontade alheia.[134] Ou seja, da liberdade que possuo de desenvolver a minha personalidade resulta, mais uma vez, na afirmação do principio da dignidade enquanto barreira ideológica. Jamais alguém se irá cingir a uma forma estandardizada de viver.[135]

O principio da dignidade da pessoa humana constitui o elemento comum e basilar a todos os demais direitos fundamentais e, em situações práticas do universo jurídico, a sua aplicabilidade assumir-se-á como norma padrão, sendo empregue não só como referência interpretativa, como também invocado em situações de resolução de conflitos. Haverá no fundo, uma tentativa de entender se à luz deste princípio, alguma situação viola ou não o seu conteúdo.[136]

No que tange a este domínio, dir-se-á "um conceito normativo autónomo", isto porque apresenta um valor jurídico próprio, do qual emana efeitos distintos no campo jurídico. Este não se trata somente de um principio pertencente ao grupo de normas de um sistema jurídico, ele ultrapassa aliás esse mesmo sistema, graças à sua capacidade transistemática de invocar e delinear o próprio sistema. Ainda que faça parte do mesmo não se reduz a ele enquanto facto pré-estabelecido, podendo trazer ainda elementos fora do sistema para uma maior completude do seu conteúdo normativo.[137]

---

[132] NOVAIS, Jorge Reis – *A dignidade da pessoa humana: dignidade e inconstitucionalidade*. Vol. II. Coimbra: Almedina, 2016, p. 100.
[133] NOVAIS, Jorge Reis – *A dignidade da pessoa humana: dignidade e inconstitucionalidade*. Vol. II. Coimbra: Almedina, 2016, p.104.
[134] MAC CRORIE, Benedita – O recurso ao princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência do Tribunal Constitucional In *Estudos em Comemoração do Décimo Aniversário da Licenciatura em Direito da Universidade do Minho*. Coimbra: Almedina, 2003 (151-174) p. 171.
[135] *Ibidem*, pp. 173 e 174.
[136] *Ibidem*, pp. 163 e 164.
[137] FRADA, Manuel Carneiro da – O conceito de dignidade da pessoa humana - um mapa de navegação para o jurista. *Católica Law Review* [Em linha] Vol. 4, n.º 2 (2020) pp. 145 e 146 [Consult. em 3 de Novembro de 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/catolicalawreview.2020.9323>

Possui "valor próprio e uma dimensão normativa específicos" por ser, em primeiro lugar, fundamento de inúmeros direitos fundamentais e, em segundo lugar, pela relação análoga que estabelece com o princípio da igualdade, no qual não haverá distinções de nenhuma espécie entre indivíduos. Todos estarão abrangidos segundo este princípio.[138]

Adotando as palavras de Benedita MACROCRIE, "o princípio da dignidade da pessoa humana exerce uma função normogenética na medida em que, por um lado, é fundamento de regras ou princípios já expressamente consagrados no nosso ordenamento jurídico (...) e, por outro lado, dotado de uma vertente criadora (...) gerador de novas normas".[139]

Assim sendo, afirmamos em modo conclusivo, que o princípio da dignidade da pessoa humana para além de revestir toda a nomenclatura jurídica, apresentar-se-á primacialmente enquanto pedra basilar de todo o ordenamento jurídico.

Sendo este um princípio de particular relevância no âmbito dos direitos fundamentais, deixa de forma inequívoca a necessidade de zelo e consideração pelos valores que a mesma incumbe. Uma vez aceitando os valores nela estabelecidos, jamais haverá qualquer hipótese para nenhuma outra interpretação que não seja a satisfação do superior interesse do homem, naquilo que são os seus ideais, as suas vontades, as suas convicções e, sobretudo, a forma como este decide prosseguir o projeto da sua vida. A todos deverá ser dado a mesma oportunidade de progressão e desenvolvimento, pois será aí que a dignidade do homem é enaltecida e não somente na sua observância da sua não violação.

1.3. Direito à integridade psíquica e física

Na Constituição da República Portuguesa, o direito à integridade psíquica encontra-se intimamente ligado ao direito à integridade física, expondo no seu art.º 25, nº1 que "A integridade moral e física das pessoas é inviolável". Aponta desta forma para uma padronização já nossa conhecida na constituição, principalmente no que tange à dimensão dos direitos fundamentais, ao atribuir também a estes direitos, mais uma vez, um carácter "irrenunciável".[140]

---

[138] GOMES CANOTILHO, J.J; MOREIRA, Vital – *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4ª edição. Vol. I Coimbra: Coimbra Editora, 2007, pp. 198 e 199.

[139] MAC CRORIE, Benedita – O recurso ao princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência do Tribunal Constitucional In *Estudos em Comemoração do Décimo Aniversário da Licenciatura em Direito da Universidade do Minho*. Coimbra: Almedina, 2003 (151-174) p.156.

[140] De facto, "O direito à integridade física e psíquica é um direito pessoal e irrenunciável, a não ser nos casos em que o consentimento seja aceitável (ex.: *piercings*, *tatuagens*) ou haja necessidade de intervenções e de tratamento *médico-cirúrgicos* (...)", tal como é apresentado em GOMES CANOTILHO, J.J; MOREIRA, Vital – *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4ª edição. Vol. I Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 454.

Daqui resulta que, à margem do que já se vislumbra no direito à vida, o homem também não poderá dispor livremente do seu corpo, isto é, ver-se-á constrangido na deliberação sobre os assuntos do seu próprio corpo. Em situações de ameaça ou perigo à "integridade pessoal" a regra é a imediata assistência, consubstanciando a ação inversa (omissão de assistência) numa violação à integridade física do sujeito.[141]

A liberdade do homem neste domínio, ainda que parcialmente condicionada, existe. Vejamos que ao impor limites às decisões que o próprio decide adotar o seu corpo exclui, por um lado, a permissibilidade para atos radicais, como são exemplo os casos de auto lesão, onde o indivíduo inflige deliberadamente dor a si mesmo e fornece, por outro lado, abertura deliberativa do sujeito em decisões concernentes a intervenções médicas, sendo estas única e apenas da sua responsabilidade. Falar numa total indisponibilidade do direito à integridade física de indivíduo significa que não existirá um livre-arbítrio absoluto nesta matéria, ainda que estejamos a falar do nosso corpo, em contrapartida, deverá tomar-se decisões que respeitem integridade do próprio e dos demais, tendo sempre como *sumo bem* o respeito pela dignidade da pessoa humana.[142]

No âmbito da saúde, mostra-se difícil desvincular a dimensão psíquica da dimensão física.

Primeiramente, falar em qualquer uma destas dimensões seja ela psíquica ou física, é falar-se num conjunto de valores intrínsecos e, mais uma vez, "irrenunciáveis" da pessoa humana incumbidos nos chamados direitos de personalidade. Pretende-se com estes e outros direitos correlativos, advertir para uma necessária potencialização das dimensões físicas, psíquicas e morais do homem salientando, em última instância, a necessária importância na dignidade da pessoa humana.[143]

A nossa mente comporta com conjunto inumerável de sentimentos positivos e negativos. Numa invasão à integridade psíquica de um indivíduo, o que iremos suscitar será uma dor que carregará consigo sentimentos negativos da mais variada espécie, podendo ocorrer de forma isolada ou em conjunto com outros direitos. Não obstante à relevância que lhe é reconhecida, este trata-se de um direito de alcance desconhecido, muitas vezes dependente da violação de um outro direito conexo, para se fazer surgir.[144]

---

[141] GOMES CANOTILHO, J.J; MOREIRA, Vital – *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4ª edição. Vol. I Coimbra: Coimbra Editora, 2007, pp. 455 e 456.

[142] DE FREITAS, André Guilherme Tavares – O direito à integridade física e a sua proteção penal. *Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro* [Em linha] N.º 59 (2016) pp. 37-39 [Consult. em 14 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1275172/Andre_Guilherme_Tavares_de_Freitas.pdf>

[143] BESSA, Leonardo Roscoe; REIS, Milla Pereira Primo – Dano moral e dor: direito autônomo à integridade psíquica. *civilista.com* [Em linha] Vol. 9, n.º 1 (2020) p. 8 [Consult. em 14 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/504>

[144] BESSA, Leonardo Roscoe; REIS, Milla Pereira Primo – Dano moral e dor: direito autônomo à integridade psíquica. *civilista.com* [Em linha] Vol. 9, n.º 1 (2020) pp. 12 e 13 [Consult. em 14 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/504>

Vejamos o caso de uma situação de violência física grave, a vitima padecerá evidentemente de uma dor física forte, porém as sequelas psicológicas poderão surtir um efeito bem ainda mais gravoso e com maior dificuldade na recuperação. Ou seja, o que iremos constatar neste tipo de exemplo é a possibilidade de ocorrer maior dano psicológico que o dano físico, contudo a premissa é a mesma. Está sempre conexo à lesão corporal que foi praticada. Há uma clara preocupação pelas matérias ligadas à *psique*, mas em concordância com a *physis*.[145]

Numa violação à integridade física, existe uma agressão física que coloca em causa o corpo ou a saúde do sujeito em que, no primeiro caso, causar-se-á injuria ao bem-estar físico do indivíduo e, num segundo caso, colocar-se-á em causa o seu funcionamento vital. (APAV) No fundo, trata-se de um desrespeito ao ser humano, das suas funções vitais ou biológicas e, não menos importante, do impacto que este pode apresentar noutros direitos. Porque ainda que seja um direito com valor autónomo, não impede que o seu efeito se repercuta para os demais direitos.[146]

Apropriando-me de um princípio defendido pela Organização Mundial da Saúde, concluímos que "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade".[147]

2. Princípios e direitos de bioética pertinentes em matéria de eutanásia

2.1. Princípio do primado do ser humano

De um modo muito curto e sucinto, é nos apresentado o princípio do primado do ser humano no artigo 2º da Convenção sobre os Direitos do Homem e Biomedicina, expondo que "*o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência*". Esta é uma afirmação que, pelo menos à primeira vista, não parece suscitar grandes ilações ou algum significado suplementar além do que é enunciado. Contudo, face ao necessário escrutínio do fenómeno de eutanásia, descobriremos que o seu valor ultrapassará o seu eu formal.

---

[145] DE FREITAS, André Guilherme Tavares – O direito à integridade física e a sua proteção penal. *Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro* [Em linha] N.º 59 (2016) p. 33 [Consult. em 14 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1275172/Andre_Guilherme_Tavares_de_Freitas.pdf>

[146] DE FREITAS, André Guilherme Tavares – O direito à integridade física e a sua proteção penal. *Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro* [Em linha] N.º 59 (2016) p. 32 [Consult. em 14 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1275172/Andre_Guilherme_Tavares_de_Freitas.pdf>

[147] Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019. Geneva: World Health Organization, 2020, p. 1.

A análise deste princípio subdivide-se em duas principais vertentes: por um lado sob a alçada da vertente humana, com alusão ao direito à saúde, à dignidade e à liberdade do homem; por outro lado sob o panorama do Estado, veremos a forma como atua, em matéria de saúde pública, face ao superior interesse do homem.

Partindo de uma perspetiva plural, acredita-se erroneamente que o interesse das grandes massas predomina sobre o interesse individualizado, ou seja, acredita-se que tutelando o interesse geral ter-se-á um alcance mais alargado e, com isso, agregar todo o interesse particular das mesmas. No entanto, essa ideia não podia estar mais desvinculada da realidade. É no homem que se encerra todo o valor moral e jurídico, sendo este ao mesmo tempo fundamento e finalidade de qualquer estrutura social. É na aceitação dos valores e interesses do homem que se concretiza o valor coletivo, jamais ao contrário.[148]

Todo e qualquer ordenamento jurídico é conduzido pela harmonia e respeito entre a vontade individual e o interesse social. O homem reserva em seu poder o livre usufruto do chamado "direito subjetivo", agindo dentro dos limites impostos pelos preceitos constitucionais pré-estabelecidos e, em simultâneo, o dever de consentir irrefutavelmente com os mesmos.[149]

Queremos com isto dizer que, é aplicável ao homem não só, mas principalmente, o direito à liberdade individual, exercendo as suas escolhas e convicções pessoais de forma livre e incondicionada, sem quaisquer obstáculos na sua realização.[150] Como também o dever à solidariedade social, no qual, enquanto membro pertencente de uma sociedade, lhe caberá compreender a existência de interesses comuns a todos e a obrigatoriedade de nunca priorizar qualquer interesse pessoal em detrimento de outros.[151] O interesse que queremos ver reconhecido em nós deve ser proporcional ao reconhecimento do interesse do outro, daí se extrai o sentido do "princípio da igual consideração de interesses". Viver em sociedade significa coexistir com interesses alheios e sucumbir à tentação de elevar qualquer interesse.[152]

Ou seja, a liberdade individual não assume o mesmo significado que libertinagem. Representa aliás, um dos principais alicerces da dignidade humana, onde o homem detém total

---

[148] ANDRADE, André Gustavo Corrêa de – O princípio fundamental da dignidade humana e sua concretização judicial. *Revista da EMERJ* [Em linha] Vol. 6, n.º 23 (2003) pp. 316 e 317 [Consult. em 15 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista23/revista23_316.pdf>

[149] BODIN DE MORAES, Maria Celina – O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. *in* SARLET, Ingo Wolfgang (Org.) – *Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p.34.

[150] BODIN DE MORAES, Maria Celina – O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. *in* SARLET, Ingo Wolfgang (Org.) – *Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p.34.

[151] *Ibidem*, p. 35 e 37

[152] ANDRADE, André Gustavo Corrêa de – O princípio fundamental da dignidade humana e sua concretização judicial. *Revista da EMERJ* [Em linha] Vol. 6, n.º 23 (2003) p. 318 [Consult. em 15 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista23/revista23_316.pdf>

livre-arbítrio nas decisões e interesses que decide adotar e na forma como delineia o curso da sua vida, com a devida atenção à responsabilidade social que essa posição acarreta.[153]

No que diz respeito ao direito à saúde e à forma como é feita a gestão desse valor fundamental entre o Estado e o sujeito individual, caber-nos-á agora perceber as suas idiossincrasias.

O direito à saúde apresenta-se como um dos valores e princípios mais "caros" ao Estado, não só no sentido da sua missão coletiva, como da sua prerrogativa individual. Uma vez instituído o Sistema Nacional de Saúde, pretendeu-se acolher todos cidadãos num núcleo capaz de responder às carências de saúde dos doentes, de forma completamente indiscriminária e não restritiva, estando ao dispor de todos o alcance do seu bem-estar. Uma vez que vivemos em sociedade e assumimos o respeito que devemos ao Estado, a concretização deste modelo político só será possível se existir de facto uma comunhão de interesses entre o cidadão e o Estado.[154]

A saúde na atualidade deixa de assumir uma posição individualista (focada na resolução imediata da enfermidade no doente) para assumir um carácter mais coletivo, em que a premissa subjacente é o alcance do bem-estar do doente. Aliás, como apela a OMS (Organização Mundial de Saúde) a saúde não se trata apenas da "*ausência de doença ou enfermidade*", mas antes um estado de total "*bem-estar físico, mental e social*". Significa com isto que, apesar do homem assumir um valor e fim em si mesmo, legitimado pelo princípio da dignidade humana, estará sempre compreendido numa esfera social, ao qual não poderá renunciar a obrigatoriedade que possui, na promoção das condições mínimas de saúde a todos os cidadãos, e nunca somente a si. A vontade do bem-estar comum prevalece sobre a vontade pelo bem-estar individual.[155]

Porém há quem defenda que essa obrigatoriedade veemente assumida perante o cidadão, não constitui, de facto, nenhum vínculo infrangível entre o próprio e o Estado. É aliás uma ordem contraproducente face ao princípio da liberdade e à capacidade de autodeterminação do sujeito. Vejamos porquê. Quando o Estado entende que o alcance generalizado de um bom estado de saúde, passa por impor ao cidadão a sua máxima preservação, deixa à margem a importância da saúde no espectro individual. O direito à saúde individual representa um limite de interferência para o Estado, ou seja, o individuo possui apenas a garantia de que o Estado não irá interferir ou

---

[153] ANDRADE, André Gustavo Corrêa de – O princípio fundamental da dignidade humana e sua concretização judicial. *Revista da EMERJ* [Em linha] Vol. 6, n.º 23 (2003) p. 319 [Consult. em 15 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista23/revista23_316.pdf>

[154] NEVES, Maria Patrão – Alocação de Recursos em Saúde: Considerações Éticas. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 7, n.º 2 (2009) p.1 [Consult. em 16 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/307>

[155] NEVES, Maria Patrão – Alocação de Recursos em Saúde: Considerações Éticas. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 7, n.º 2 (2009) p.2 [Consult. em 16 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/307>

violar o seu direito à saúde. Enquanto o direito à saúde coletiva representa para o indivíduo a obrigação de a preservar e promover em nome da comunidade.[156]

Em todo o caso, na tentativa de as harmonizar, há que tentar contrabalançar estas duas forças antagónicas. Por um lado, é necessário respeitar a autonomia e liberdade do indivíduo, permitindo que este alcance o seu próprio sentido de bem-estar e, por outro lado, as obrigações e responsabilidades sociais que este acarreta ao estar inserido num Estado de Direito. Portanto, nem o Estado instrumentalizará o indivíduo, colocando-o à sua total mercê, nem o indivíduo desprezará a função do Estado, ao dar primazia ao usufruto dos seus direitos individuais.[157]

Invocando novamente o princípio que deu início a esta exposição — "*o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência*" — concluímos com a convicção de aqui se exalta o superior interesse do indivíduo. Neste prisma o indivíduo assume a prioridade máxima face aos restantes interesses coletivos, nomeadamente, sobre o interesse da sociedade e destaca-se o respeito pelo bem individual jamais inferior a qualquer outro bem comum.[158]

Desta forma, o Estado (que aqui representa "a sociedade") será o responsável pela concretização dos interesses dos indivíduos, envoltos na sua individualidade. Tendo em conta a disparidade de poder entre um e outro, de outra forma não seria possível.[159]

A interpretação deste princípio ressalva a prevalência que é necessária existir sobre os interesses do indivíduo, contudo o seu sentido não deve ser visto de forma tão linear como a que é apresentada, já que pudemos constatar que o equilíbrio não resulta apenas da primazia pelo interesse individual.

2.2. Princípio da autonomia da vontade e da autodeterminação do ser humano

A origem da autonomia do doente convoca a uma reflexão sobre a natureza da prática clínica e, consequentemente, à forma como a figura de médico era percecionada.

O médico apresentar-se-ia como uma figura ilustre e de máxima importância, tendo o seu papel uma suma relevância e prestigio para a sociedade. Remetendo à época da Grécia Antiga, o

---

[156] GOMES, Carla Amado – Defesa da Saúde vs Liberdade Individual: casos da vida de um médico de saúde pública. *Instituto de Ciências Jurídico-Políticas* [Em linha] (1999) p.10 [Consult. em 16 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.icjp.pt/sites/default/files/media/289-133.pdf>

[157] *Ibidem*, p. 23.

[158] NEVES, Maria do Céu Patrão – Capítulo I — Disposições gerais. Artigo 2.º - Primado do Ser Humano. In *Direitos do homem e biomedicina.* Lisboa: Universidade Católica Editora, 2003 (p.27-44) pp. 31-33.

[159] *Ibidem*, pp. 30 e 31.

médico pertenceria a uma espécie de "elite" formado por um conjunto de homens nobres ou, melhor dizendo, dos ditos "homens sagrados". Esta profissão distinguir-se-ia de todas as demais e colocada a um nível de valor elevadíssimo, uma vez que este, após feito o "juramento" (Juramento de Hipocrátes) já ter-se-ia tornado num "homem sagrado", distinto e superior a qualquer outro homem. O dom da sua função foi recebido de forma divina, exclusivo a poucos.[160]

Da mesma forma que a função médica tinha origem divina, também as doenças o seriam, ainda que existisse a consciência de uma explicação cientifica para as mesmas. O que se pretende demonstrar com este factos, é a existência de uma "responsabilidade religiosa" no seio médico. Se hoje podemos afirmar com convicção o direito à autonomia do paciente e, no geral, ao homem, tal deve-se à evolução histórica, aos progressos da medicina e, sobretudo, a uma mudança de paradigma introduzida pelos direitos fundamentais.[161]

A própria relação médico-paciente não é estanque, assumindo o médico agora uma veste completamente distinta. Em consequência de uma onda mais humanista, trazida pela celebração do homem enquanto ser revestido de uma dignidade inviolável, a relação médico-paciente transita de uma perspetiva "paternalista"[162] para uma visão assente na tónica da autonomia e liberdade decisória do paciente.

A perspetiva à qual denominamos de "paternalista" vai de encontro à tradição que a entidade médica nos foi habituando. O médico enquanto único responsável pela situação clínica do doente e enquanto único detentor do conhecimento necessário, decidirá se determinada ação médica será a mais adequada ou não para o paciente. O bem-estar e saúde do paciente são o seu foco que, de tudo fará para que tal se concretize. Dito de outro modo, a prioridade é a restauração da saúde do paciente, colocando à margem a capacidade decisória deste. Ou seja, aqui fundamenta-se uma relação unilateral.

Concordaremos com esta perspetiva certamente apenas num ponto, definido na procura, em primeira instância, pela saúde e bem-estar do enfermo. Este é e será sempre o farol de orientação do exercício médico. Porém, não se resumirá a isto.

Admitir a unilateralidade na relação médico-paciente consubstancia numa violação da autonomia do sujeito e, acima de tudo, na consequente negação da sua capacidade de se autodeterminar. O médico terá, por outro lado, a obrigação de informar da melhor forma possível

---

[160] OLIVEIRA, Guilherme de – <<O fim da arte silenciosa >> *Revista de Legislação e de Jurisprudência* [Em linha] N.º 3852 (1999) p. 70 [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.guilhermedeoliveira.pt/>

[161] OLIVEIRA, Guilherme de – <<O fim da arte silenciosa >> *Revista de Legislação e de Jurisprudência* [Em linha] N.º 3852 (1999) p. 71 [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.guilhermedeoliveira.pt/>

[162] JÓLLUSKIN, Gloria; TOLDY, Teresa – Autonomia e Consentimento Informado: Um Exercício de Cidadania?. *ANTROPOlógicas* [Em linha] N.º 12 (2011) p. 47 e seguintes [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/view/1036>

todos os dados e possibilidades disponíveis para a situação em causa, isto é, dar-lhe-á as ferramentas necessárias para que de forma autónoma o paciente decida o caminho que pretende seguir, abrindo espaço à reflexão e ponderação de valores.[163]

Para que consigamos entender com a máxima clareza este tipo de relação, basta-nos perceber que haverá sempre uma certa incompatibilidade entre a missão do médico (mitigar maleitas existentes e devolver a saúde e bem-estar ao doente) e do paciente (que deseja obter o seu bem-estar, seguindo uma pregorrativa de aceitação e respeito pelos seus direitos). Há portanto que existir uma compreensão de parte a parte. O médico exerce a sua função, expondo as possíveis opções terapêuticas (utilizando uma linguagem simples passível de ser entendida por qualquer indivíduo) e o paciente perante essas opções decidirá livremente o que acredita ir de encontro à sua vontade e aos seus valores, sem imposições.[164]

Em passadas leves fomos referindo a questão da autonomia, como um dos direitos intrínsecos do homem, mas o que se trata de facto de autonomia? Qual a sua relevância no panorama jurídico?

A autonomia é um dos principais pilares humanos e éticos, estando implícito neste termo a capacidade de autodeterminação. Falar em autonomia significa exaltar a capacidade do homem de agir por si próprio. Livre e consciente dos seus valores terá a oportunidade de decidir e agir em concordância. Noutros termos, é capaz de se autodeterminar, isto é, de atuar da forma que a consciência assim o ditar.[165]

Assim sendo, tratar-se-á de um sujeito autónomo todo o homem que for capaz de realizar uma análise introspetiva sobre si mesmo e que, perante as opções que lhe sejam colocadas, tome discricionariamente a sua decisão. É, por esta dita, livre de se vincular às leis que considera irem ao encontro das sua vontade e de tecer julgamentos éticos sobre a validade ou não de determinado sujeito ou ação praticada.[166]

Atendendo que é desejável que possamos sempre usufruir em plenitude da nossa autonomia, poderá registar-se situações onde a mesma nos possa ser diminuída ou privada. Em

---

[163] JÓLLUSKIN, Gloria; TOLDY, Teresa – Autonomia e Consentimento Informado: Um Exercício de Cidadania?. *ANTROPOlógicas* [Em linha] N.º 12 (2011) pp. 47 e 48 [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/view/1036>

[164] OLIVEIRA JUNIOR, Eudes Quintino de; OLIVEIRA, Euder Quintino de; QUINTINO DE OLIVEIRA, Pedro Bellentani – Autonomia da vontade do paciente X autonomia profissional do médico. *JOURNAL OF CARDIAC ARRHYTHMIAS* [Em linha] Vol. 26, n.º 2 (2013) pp. 91 e 92 [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.jca.org.br/jca/article/view/2483>

[165] SILVA, Adriana Campos; REZENDE, Daniela – A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira De Estudos Políticos* [Em linha] Vol. 115 (2017) pp. 15 e 16 [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514>

[166] SILVA, Adriana Campos; REZENDE, Daniela – A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira De Estudos Políticos* [Em linha] Vol. 115 (2017) p. 16 [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514>

primeira instância, a diminuição da autonomia de um sujeito poderá registar-se no momento que alguém decide deslegitimar o discernimento do outro ou inibir a liberdade de agir, nos moldes que a sua própria consciência o dita. Em segunda instância, ver-nos-emos perante uma privação de autonomia, mais concretamente da incapacidade de autodeterminação, quando a saúde se encontra condicionada, pela existência de alguma doença incapacitante ou de algum grau de imaturidade, que irá retirar de forma total ou parcial a sua liberdade. Nestes casos, será necessária alguma cautela e proteção extra, enquanto a situação se mantenha ou até que seja necessário.[167]

No exercício do princípio da autonomia (enquanto vertente central da disciplina bioética) o paciente assume total controlo e liberdade nas decisões respeitantes à sua saúde, desde a escolha do médico até ao procedimento que decide adotar. Da parte do médico, caberá respeitar a decisão do paciente, enquanto elemento pertencente à conduta ética dos profissionais de saúde.[168]

2.3. O direito à informação plena, livre e esclarecida

A transmissão de informação emitida pelo médico ao paciente é um elemento fulcral e concretizador do consentimento informado, sendo este último capaz de decidir com consciência, após conhecer todas informações relativas a determinado procedimento médico e se irá, posteriormente, consentir na sua realização.

Tendo nós bem presente que "a integridade moral e física das pessoas é inviolável", a inexistência de validação do paciente para a realização de um procedimento médico (consentimento) pode resultar numa infração penal grave. Nestes casos, o bem que se visa proteger não se resume apenas ao corpo ou saúde do paciente, enquanto elementos da

[167] "1. Respect for Persons. — Respect for persons incorporates at least two ethical convictions: first, that individuals should be treated as autonomous agents, and second, that persons with diminished autonomy are entitled to protection. (..)" "An autonomous person is an individual capable of deliberation about personal goals and of acting under the direction of such deliberation. To respect autonomy is to give weight to autonomous persons' considered opinions and choices while refraining from obstructing their actions unless they are clearly detrimental to others. To show lack of respect for an autonomous agent is to repudiate that person's considered judgments, to deny an individual the freedom to act on those considered judgments, or to withhold information necessary to make a considered judgment, when there are no compelling reasons to do so." "However, not every human being is capable of self-determination. The capacity for self-determination matures during an individual's life, and some individuals lose this capacity wholly or in part because of illness, mental disability, or circumstances that severely restrict liberty. Respect for the immature and the incapacitated may require protecting them as they mature or while they are incapacitated." – BELMONT REPORT (July 12, 1974) Disponível em: <https://www.hhs.gov/>

[168] SILVA, Adriana Campos; REZENDE, Daniela – A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira De Estudos Políticos* [Em linha] Vol. 115 (2017) pp. 19 e 20 [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514>

integridade física de cada indivíduo, mas pretende mormente salvaguardar a autodeterminação do próprio, livre de decidir como pretende dispor do seu corpo.[169]

Assim sendo, a concretização destes valores enunciados só será possível quando a entidade médica assume o seu "*dever de esclarecimento*", isto é, quando entende que o caminho para uma decisão consciente, livre e esclarecida do paciente passa por fornecer todas as informações necessárias ao paciente, mas principalmente quando reconhece a autodeterminação do paciente com a suma importância que lhe caracteriza.[170]

Assumir este "*dever de esclarecimento*" significa permitir a realização do consentimento informado pelo paciente. Torna-se inconcretizável proferir um consentimento válido sem que sejam dadas todas informações sobre a intervenção médica que venha a ser realizada. É necessário não só partilhar a informação necessária como perceber que o paciente conseguiu, dentro das suas capacidades, compreender o significado e possíveis riscos de determinada intervenção.[171]

A Lei de Bases da Saúde[172] corrobora isto mesmo, quando na Base 2, nº1 expõe o seguinte: "Todas as pessoas têm direito: (...) e) A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar; f) A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde; g) A aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado."

O intuito principal passa essencialmente por permitir que seja possível desvanecer quaisquer dúvidas ou questões no paciente, sobre o processo que irá ser adotado. Como quando referíamos a questão do respeito do médico pela autodeterminação do paciente, neste domínio ter-se-á de facto que aliar a responsabilidade médica assente na procura pela restauração da saúde do doente com a autodeterminação do próprio, livre e consciente das suas convicções.[173] É na aceitação da liberdade e autonomia de decisão do indivíduo que se concretiza, em primeiro

[169] RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes – Responsabilidade Civil por Erro Médico: Esclarecimento/Consentimento do Doente. *Data Venia* [Em linha] Ano 1, n.º 1 (2012) p. 19 [Consult. em 19 de Outubro de 2023] Disponível em: <http://www.datavenia.pt/edicoes/68-edicao01>

[170] *Ibidem*, p. 19

[171] RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes – Responsabilidade Civil por Erro Médico: Esclarecimento/Consentimento do Doente. *Data Venia* [Em linha] Ano 1, n.º 1 (2012) p. 20 [Consult. em 19 de Outubro de 2023] Disponível em: <http://www.datavenia.pt/edicoes/68-edicao01>

[172] Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro – Base 2 ("Direitos e deveres das pessoas") disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

[173] RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes – Responsabilidade Civil por Erro Médico: Esclarecimento/Consentimento do Doente. *Data Venia* [Em linha] Ano 1, n.º 1 (2012) p. 21 [Consult. em 19 de Outubro de 2023] Disponível em: <http://www.datavenia.pt/edicoes/68-edicao01>

lugar, o consentimento do paciente. E uma vez que já possui todas as informações importantes, não haverá impedimentos para a sua realização.[174]

Quanto à forma como se procede à transmissão da informação há que tomar nota de alguns dos seguintes artigos, plasmados no art.º 19 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, nomeadamente: "O esclarecimento deve ser prestado pelo médico com palavras adequadas, em termos compreensíveis, adaptados a cada doente, realçando o que tem importância ou o que, sendo menos importante, preocupa o doente (Art.º 19, nº3) e " O esclarecimento deve ter em conta o estado emocional do doente, a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural" (Art.º 19, nº4).[175]

No mesmo sentido[176], reforço o art.º 25, do Código Deontológico, em particular: o art.º 25, nº2 ("A informação exige prudência e delicadeza, devendo ser efetuada em toda a extensão e no tempo requerido pelo doente, ponderados os eventuais danos que esta lhe possa causar") e o art.º 25, nº3 ("A informação não pode ser imposta ao doente, pelo que não deve ser prestada se este não a desejar").

Apropriando-me da referência ao art.º 25, nº3 do Código Deontológico, é importante perceber o alcance da mesma, visto que esta compreende duas situações distintas. A primeira e mais evidente será a que o doente apenas não pretende que a informação lhe seja divulgada[177] e a segunda reporta ao chamado "*privilégio terapêutico*".[178]

O "*privilégio terapêutico*" consiste na omissão de informações a ser partilhadas pelo médico, quando as mesmas possam causar danos irreversíveis à saúde do doente. Aqui trata-se de uma situação excecional. Não será por situações extraordinárias como esta que se deve desconsiderar a importância que a partilha de informação apresenta, nem tampouco abrir espaço para que informações não sejam fornecidas, por receio de que o paciente não aceite prosseguir a terapêutica. Contudo, é importante que tenhamos em mente a sua possibilidade.[179]

Uma outra hipótese congênere, surge em situações como a exposta no art.º 8 da Convenção sobre os Direitos do Homem e Biomedicina, no qual: "Sempre quem, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder

---

[174] ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – *Consentimento Informado: Relatório Final*. Porto, 2009, p. 21.
[175] Neste sentido, *vide* Regulamento n.º 707/2016 ("Regulamento de Deontologia Médica"), 21 de julho de 2016, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>
[176] Regulamento n.º 707/2016 ("Regulamento de Deontologia Médica"), 21 de julho de 2016, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>
[177] Para tal, *vide* art.º 10, nº2: "Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada — CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOMEDICINA, disponível em: <https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>
[178] ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – *Consentimento Informado: Relatório Final*. Porto, 2009, p. 23.
[179] ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – *Consentimento Informado: Relatório Final*. Porto, 2009, pp. 27 e 28.

imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa".

Vejamos que na relação médico-paciente, este dever de informação ou "*dever de esclarecimento*" nem sempre acontece da forma mais simples e linear desejáveis, na medida em que se confronta com algumas dificuldades, particularmente quanto ao nível de exigência do esclarecimento proferido. "Se formos muito exigentes na determinação do esclarecimento devido, vamos permitir que mais algumas pessoas ganhem acções de responsabilidade médica, sendo assim ressarcidas dos danos causados pela violação do consentimento informado. Se, pelo contrário, formos mais cautelosos ou se pretendermos caminhar com passos mais seguros, poderemos defender uma cultura do respeito pelo novo papel do doente como protagonista (...)".[180] Ou seja, o médico vê-se constrangido e perante uma constante batalha interna sobre que caminho deve seguir no momento do esclarecimento.

O que se espera da atitude médica não deve ultrapassar os limites do razoável, nem quanto à forma, nem quanto ao conteúdo do esclarecimento. Por um lado, a respeito da forma não se pede que o médico faça uso de uma linguagem ou descrição demasiado técnicas, ao ponto de poder deixar o paciente sem capacidade alguma para a sua compreensão e, por outro lado, a respeito do conteúdo deverá informá-lo "do seu diagnóstico, dos riscos de atraso ou da falta de tratamento, das possibilidades de cura ou de melhoria, dos riscos habituais (não meramente acidentais) do tratamento e outros aspetos que o doente pretenda saber para se decidir de forma livre e esclarecida". Além disso, as condições *subjetivas* do sujeito ["como o nível cultural, a idade, a situação pessoal (...)"] e mais *objetivas*, à cerca do maior ou menos risco da intervenção e de maior ou menor esclarecimento em dependência da sua gravidade.[181]

Seguindo o raciocínio da jurisprudência espanhola, a necessidade informativa depende do grau de previsibilidade dos riscos mais graves, ou seja, se determinado risco grave é previsível de acontecer, então sim deve ser mencionado.[182] Por outro lado, tendo em consideração a jurisprudência francesa, a necessidade de revelar os riscos mais graves é cânone, ainda que se trate de uma probabilidade muito reduzida.

---

[180] PEREIRA, André Gonçalo Dias – Responsabilidade médica e consentimento informado. Ónus da prova e nexo de causalidade. Conferência apresentada no Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa Especial de Macau. República Popular da China (2008) p. 16 [Consult. em 20 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/>

[181] RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes – Responsabilidade Civil por Erro Médico: Esclarecimento/Consentimento do Doente. *Data Venia* [Em linha] Ano 1, n.º 1 (2012) pp. 21 e 22 [Consult. em 19 de Outubro de 2023] Disponível em: <http://www.datavenia.pt/edicoes/68-edicao01>

[182] PEREIRA, André Gonçalo Dias – Responsabilidade médica e consentimento informado. Ónus da prova e nexo de causalidade. Conferência apresentada no Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa Especial de Macau. República Popular da China (2008) p. 10 [Consult. em 20 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/>

Temos consciente que nesta obrigatoriedade informativa abrigam-se vários elementos complexos, residindo um deles na prova de que tal informação foi proferida. Ou seja, haverá situações em que será colocada em causa a conduta médica perante estes casos, havendo suspeitas de violação do consentimento informado. Dito por outras palavras, o *ónus da prova* recairá sobre o médico. Tanto em Portugal, como na generalidade dos países europeus, este será o principal responsável do ato, tendo de se munir dos argumentos necessários para justificar a sua inocência.[183]

A maior dificuldade reside exatamente na procura desses argumentos, visto que a relação estabelecida entre médico-paciente acontece num ambiente íntimo assente num mero diálogo entre ambos. É difícil extrair-se alguma prova factual quando a única coisa que suporta estes casos se resume a palavras ditas num determinado momento.[184]

Em síntese, concluímos que ao médico é lhe atribuída uma responsabilidade maior e preponderante no que toca ao dever de informação ou "esclarecimento" perante o seu paciente, tendo sempre em consciência o direito à autonomia e o direito à autodeterminação que cingem este último. Será após a aceitação destes valores que o consentimento poderá ser prestado, pois só munido das informações necessárias e livre de decidir sobre os seus cuidados de saúde, o doente concretizará o seu consentimento.

2.4. O princípio do consentimento informado

Com o rompimento da relação paternalista entre médico-paciente, hoje esta relação (como já tivemos oportunidade de explicar) assume uma nova veste. O paciente deixa de ser um agente secundário ou mero recetor de informação, na interação com o profissional de saúde, e passa a ser o principal agente na tomada de decisões.

Se quisermos olhar para esta relação sobre o ponto de vista contratual, somos levados a acreditar que existe da parte médico um dever contratual de agir de acordo com o consentimento informado, porém o dever médico em nada se identifica com essa terminologia. O dever que aqui se impõe nada mais é que a aceitação primária do "direito à integridade física e moral de cada indivíduo". Antes da existência de qualquer suposto "contrato", existe o indivíduo que carrega

[183] PEREIRA, André Gonçalo Dias – Responsabilidade médica e consentimento informado. Ónus da prova e nexo de causalidade. Conferência apresentada no Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa Especial de Macau. República Popular da China (2008) p. 18 [Consult. em 20 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/>

[184] PEREIRA, André Gonçalo Dias – Responsabilidade médica e consentimento informado. Ónus da prova e nexo de causalidade. Conferência apresentada no Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa Especial de Macau. República Popular da China (2008) p. 18 [Consult. em 20 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/>

congenitamente consigo o direito inalienável de personalidade, e tal não poderá resultar noutro resultado que não seja a obrigatoriedade natural do consentimento informado.[185]

De acordo com aprovação da lei da investigação clínica, o consentimento informado define-se como "a decisão expressa de participar num estudo clínico, tomada livremente por uma pessoa dotada de capacidade de o prestar ou, na falta desta, pelo seu representante legal, após ter sido devidamente informada sobre a natureza, o alcance, as consequências e os riscos do estudo, bem como o direito de se retirar do mesmo a qualquer momento, sem quaisquer consequências (...)"[186]

O consentimento prestado pelo doente dir-se-á juridicamente válido "(...) se este, no momento em que o dá, tiver a capacidade de decidir livremente, *se estiver na posse de informação relevante e se for dado na ausência de coações físicas ou morais*." (Regulamento n.º 707/2016) Do mesmo modo, deverá ter-se em consideração o tempo de reflexão dado ao doente e uma possível necessidade de segunda opinião médica, em casos de saúde mais graves. [187]

Vários são os mecanismos de defesa dos indivíduos perante o Estado ou terceiros, como é o caso do célebre art.º 25 da Constituição da República Portuguesa que, como bem sabemos, aponta para a inviolabilidade da integridade moral e física das pessoas e, de igual modo, por exemplo o art.º 70 do Código Civil, que nos alude para a proteção contra qualquer tipo de ofensa contra a personalidade física ou moral dos indivíduos. Estes seriam bons exemplos para corroborar uma boa proteção contra ofensas nos indivíduos, contudo surge algo mais.[188]

Com principal relevância, acresce o art.º 18 da Constituição que vem conferir às normas previstas na CRP uma proteção jusfundamental, ou seja, existirá aplicabilidade direta das normas logo que se testemunhe alguma ofensa aos direitos fundamentais dos indivíduos. Em matéria de saúde, constatar este artigo 18º significa que o doente se encontrará inquestionavelmente protegido pela constituição em qualquer procedimento médico que realize e o médico, por sua vez, vinculado à obrigatoriedade de obter o consentimento informado do doente.[189]

O consentimento informado, ao contrário do que seria expectável, não resulta somente do abalo positivo do doente a respeito de um determinado procedimento médico, faz-se sim pela conjunção de duas situações. Primeiramente, com o dever de esclarecimento médico, no qual irá

---

[185] OLIVEIRA, Guilherme de – *Temas de Direito de Medicina*. Coimbra: Coimbra Editora, 2ªedição, 2005, p. 63.
[186] Lei n.º 21/2014, de 16 de Abril ("Aprova a lei da investigação científica"), disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-56927694>
[187] Em conformidade com art.º 20, nº1, 2 e 3 do Regulamento n.º 707/2016 ("Regulamento de Deontologia Médica"), 21 de julho de 2016, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>
[188] OLIVEIRA, Guilherme de – *Temas de Direito de Medicina*. Coimbra: Coimbra Editora, 2ªedição, 2005, p. 64.
[189] OLIVEIRA, Guilherme de – *Temas de Direito de Medicina*. Coimbra: Coimbra Editora, 2ªedição, 2005, p. 65.

apresentar ao doente todas as implicações e contrariedades médicas possíveis. Seguidamente, terá oportunidade de refletir sobre a sua decisão, de forma autónoma e livre, aceitando ou não consentir com determinado procedimento proposto. O consentimento é resultado de uma deliberação e discussão com o profissional de saúde, trata-se de uma relação bilateral e igualitária. Ainda assim, note-se que, uma vez fornecida toda a informação necessária, o doente pode recusar o consentimento. Ou seja, nestes casos o paciente recusa submeter-se ao procedimento, consciente de todas as informações relevantes para o caso. Dito isto, diremos estar perante uma "recusa informada".[190]

A prestação do consentimento, como art.º 23, nº 1 do Código Deontológico dos Médicos refere "(...) pode assumir a forma oral ou escrita". Normalmente, a via adotada é através do consentimento oral, entendido como suficiente para variadas situações clínicas, prescindindo do consentimento por escrito. Este último surge em casos excecionais, onde é possível vislumbrar um risco mais grave na vida e saúde dos doentes.[191] Vejamos por exemplo, a respeito da Lei relativa à "Procriação medicamente assistida", o art.º 14, nº1 e nº2 prevê que: 1) "Os beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável; 2) "(...) devem os beneficiários ser previamente informados, por escrito, de todos os benefícios e riscos conhecidos (...)"[192]

Previsto igualmente no art.º 23, nº 2 do Código Deontológico dos Médicos, a estas duas modalidades de consentimento, acresce ainda os casos de "consentimento testemunhado". Depreende-se daqui um carácter suplementar, de onde surge uma terceira figura, para além da já existente entre o médico e paciente, que pode ser qualquer pessoa próxima. Nestes casos, há no fundo uma corroboração extra do consentimento prestado.[193]

Se relembrarmos a questão do "privilégio terapêutico", sabemos que a informação proferida pelo médico poderá condicionar gravemente a saúde do doente e, por isso, não a divulga. Nos casos de prestação do consentimento do doente, acontece algo semelhante.

Falamos do chamado "consentimento presumido" e tal como expõe o art.º 22 do Código Deontológico dos Médicos[194]: "O médico deve presumir o consentimento dos doentes nos seguintes

---

[190] JÓLLUSKIN, Gloria – O consentimento informado na prática clínica: aspectos bioéticos da relação entre o profissional e o utente dos serviços de saúde. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde [Em linha] N.º 7 (2010) p. 308 [Consult. em 10 de Janeiro de 2024] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/3000>

[191] *Ibidem*, p. 310.

[192] Lei n.º 32/2006, de 26 de julho ("Procriação medicamente assistida") disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/32/2006/07/26/p/dre/pt/html>

[193] NUNES, Rui – Consentimento informado. *Arquivos da Academia Nacional de Medicina em Portugal* [Em linha] (2014) p.22 [Consult. em 10 de Janeiro de 2024] Disponível em: <https://academianacionalmedicina.pt/>

[194] Regulamento n.º 707/2016 ("Regulamento de Deontologia Médica"), 21 de julho de 2016, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>

casos: a) Em situações de urgência, quando não for possível obter o consentimento do doente e desde que não haja qualquer indicação segura de que o doente recusaria a intervenção se tivesse a possibilidade de manifestar a sua vontade; b) Quando só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave de saúde; c) Quando tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente, por se ter revelado imposto como meio para evitar perigo para a vida ou perigo grave para a saúde, salvo se se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado".

De igual modo, prevê o art.º 39, nº 2 do Código Penal que "Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado".[195] Noutros termos, dado à impossibilidade do prestar o seu consentimento expresso, é presumida uma validação desse consentimento, ou seja, no caso do doente se apresentar plenamente consciente e capaz, o resultado seria o mesmo, a efetivação do consentimento.

Por fim, importa compreender a situação em que se enquadra o consentimento informado, em casos de doentes menores ou portadores de alguma deficiência.

Casos como este assumem, devido à sua natureza, métodos distintos e adequados à incapacidade que possuem na prestação, livre e autónoma, do seu consentimento. Já à partida, vejamos pelo exposto no art.º 21, n.º 1 do Código Deontológico dos Médicos[196], o seguinte: "O consentimento dos menores ou de doentes com alterações cognitivas que os tornem incapazes, temporária ou definitivamente, de dar o seu consentimento, deve ser solicitado ao seu representante legal, se possível"; Ou, como o art.º 21, n.º 2 indica: "Quando existir uma diretiva antecipada de vontade ou a nomeação de um procurador de cuidados de saúde por parte do doente, o médico deve respeitar as suas decisões (...)".

Quando a questão reporta aos menores, há o fator do superior interesse da criança e o seu grau de maturidade que influenciam a prestação do consentimento, ainda que prestado por outros, e não pelo próprio.

Apesar da decisão última de consentimento ser dada pelo responsável do menor, este último não é excluído em definitivo do processo de tomada de decisão, havendo sempre

---

[195] Neste sentido, *vide* Decreto-Lei n. °48/95, de 15 de março ("Aprova o Código Penal"), disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/48/1995/03/15/p/dre/pt/html>

[196] Regulamento n.° 707/2016 ("Regulamento de Deontologia Médica"), 21 de julho de 2016, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>

consideração pela vontade do menor, em grau equivalente ao nível de maturidade que apresente. Dito isto, percebemos que haverá naturalmente mais discernimento, quanto maior for a idade que o menor apresentar e, consequentemente, será capaz de assumir as suas convicções e refletir sobre o que considera melhor para si.[197]

Refere-nos ainda o art.º 38, n.º 3 do Código Penal[198] para a exclusão da ilicitude do ato, já que "O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta".

2.5. O direito à confidencialidade e à proteção de dados

Em concordância com a afirmação do consentimento informado, fará igualmente sentido advertir para o sentido da proteção de dados em matéria de saúde.

Inicialmente, tal como prevê o art.º 4, n.º 1 do Regulamento (EU) 2016/679[199], de 27 de Abril entende-se por "dados pessoais": a "*informação relativa a uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, (...) como por exemplo, um nome, um número de identificação (...), ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social dessa pessoa singular*".

Tendo em conta o assunto em análise, o foco direciona-se sobre "*os dados pessoais relacionados com a saúde física e mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde*"[200]

Na análise do tratamento de dados pessoais, a sua licitude depende da observância de uma das condições exaltadas no art.º 6, nº1 do Regulamento (EU) 2016/679, das quais ressalto o exposto no art.º 6, nº1, alíneas a) e d), respetivamente: "*O titular dos dados tiver dado o seu consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais para uma ou mais finalidades específicas*" e "*O tratamento for necessário para a defesa de interesses vitais do titular dos dados ou de outra pessoa singular*"

---

[197] Recomendação N.º 3/CNECV/2022 sobre o Processo de Consentimento Informado em menores de idade: requisitos ético-jurídicos. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [Em linha] (2022) p. 4 [Consult. em 20 de Fevereiro de 2024] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/recomendacao-sobre-o-processo-de>

[198] Decreto-Lei n. º48/95, de 15 de março ("Aprova o Código Penal"), disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/48/1995/03/15/p/dre/pt/html>

[199] REGULAMENTO (UE) 2016/679 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, de 27 de Abril, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, disponível em: <https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis&so_miolo=>

[200] Neste sentido, *vide* art.º 4, n.º 15 do REGULAMENTO (UE) 2016/679 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, de 27 de Abril, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, disponível em: <https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis&so_miolo=>

Por outro lado, apresentar-se-á de carácter claramente proibitivo "*o tratamento de dados pessoais que revelem a origem racial ou étnica, as opiniões políticas, as convicções religiosas ou filosóficas, ou a filiação sindical, bem como o tratamento de dados genéticos, dados biométricos para identificar uma pessoa de forma inequívoca, dados relativos à saúde ou dados relativos à vida sexual ou orientação sexual de uma pessoa*"[201].

Neste âmbito, o doente terá o direito a dispor de qualquer informação de saúde relativo a si e, enquanto únicos detentores legítimos dessa informação, o cumprimento do sigilo dos profissionais será imprescindível para que não ocorram interferências indesejadas. Há que existir um controlo rigoroso, na procura pela salvaguarda da confidencialidade do doente.[202]

Apropriando-me da referência utilizada por RUI NUNES estamos, por outras palavras, perante uma "Privacidade Informacional", em que são colocados entraves ao acesso à informação de cariz pessoal e/ou dados genéticos individuais, obedecendo à premissa assente no dever de sigilo profissional.[203]

Contudo, adverte também RUI NUNES para a hipótese do carácter parcialmente ilimitado da privacidade do doente, nomeadamente a respeito dos reais limites do sigilo profissional ("segredo profissional"). De facto, a privacidade do doente é um direito de exclusividade própria, o que não será tão claro, assenta nas repercussões que daí advêm para o profissional de saúde. Uma vez que, após divulgada alguma informação pelo médico, mesmo em círculo restrito, não invalida que o doente considere que haja uma extensão desse círculo e, que por sua vez, tal comprometa a total privacidade que o alberga. Essa quebra de confidencialidade entre médico e doente acontece, por exemplo, em situações de interesse alheio, por parte de familiares passíveis de atrair alguma doença contagiosa, casos de abuso ou negligência em menores.[204]

---

[201] Em conformidade com o art.° 9, n.° 1 do REGULAMENTO (UE) 2016/679 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, de 27 de Abril (...), disponível em: <https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis&so_miolo=> excetuando os casos previstos no n.° 2 do mesmo artigo.

[202] Resultado do exposto nos art.° 14, n.° 5, alínea d) e art.° 15 do REGULAMENTO (UE) 2016/679 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, de 27 de Abril, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, disponível em: <https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis&so_miolo=>

[203] NUNES, Rui – Consentimento informado. *Arquivos da Academia Nacional de Medicina em Portugal* [Em linha] (2014) p.15 [Consult. em 13 de Fevereiro de 2024] Disponível em: <https://academianacionalmedicina.pt/>

[204] NUNES, Rui – Consentimento informado. *Arquivos da Academia Nacional de Medicina em Portugal* [Em linha] (2014) p.16 [Consult. em 13 de Fevereiro de 2024] Disponível em: <https://academianacionalmedicina.pt/>

3. Cuidados Paliativos: verdadeira alternativa à eutanásia?

Imersos agora no tema referente aos "cuidados paliativos", haverá uma relação dicotómica presente, a respeito da dissemelhança entre o fenómeno da eutanásia e à afirmação dos cuidados paliativos. Neste campo, ver-se-á uma visível oposição entre ambos, existindo uma contra-argumentação de parte a parte. Cabe-nos agora esclarecer com transparência e ponderação as diferentes dimensões aqui apresentadas, procurando responder à questão previamente anunciada.

Como bem sabemos, a eutanásia não se resume a um entendimento singular, envolve antes de mais vários conceitos em si mesma, apresentando uma ramificação de terminologias e significados a ter em conta. Neste momento focar-me-ei no necessário estudo em matéria de cuidados paliativos.

A afirmação de noções como "bem-estar" e "qualidade de vida" são premissas cardeais no exercício dos cuidados paliativos. Neste âmbito, depreende-se que a avaliação do "bem-estar subjetivo" do doente lhe irá permitir apreciar as dimensões não só cognitivas, como afetivas da sua vida. Dito por outras palavras, avaliar o bem-estar do doente numa fase terminal da sua vida, só é possível recorrendo à perceção do próprio. A intensidade do sofrimento sentido e a presença ou não de bem-estar, resulta da experiência e interpretação, única e específica, de cada doente. De tal modo que, a atenção do médico deve direcionar-se para a procura desse entendimento subjetivo do doente, na tentativa de perceber qual é a sua conceção de bem-estar.[205]

Os cuidados paliativos assumem responsabilidade pela condição do doente ao nível mais amplo da dimensão humana, não tendo como intuito base apenas a perspetiva curativa, mas também ela espiritual, social e psicológica. A pertinência deste domínio terapêutico assenta na providência aos doentes de algum acolhimento e conforto, face à irremediável situação clínica em que se apresentam. Numa fase em que as perspetivas de cura são nulas, os cuidados paliativos surgem com a missão de atenuar a dor e sofrimento dos doentes e acautelar, aos restantes níveis, o apoio necessários. Trata-se, noutros termos, por conceder uma réstia de dignidade e alento, ao doente e aos seus familiares.[206]

---

[205] L.C. PONTE, Ana Carolina Silva e PAIS-RIBEIRO, José Luís – O bem-estar do doente seguido em cuidados paliativos: Perspetiva da tríade doente-família-profissionais de saúde. *Revista Cuidados Paliativos* [Em linha] Vol. 2, N.º 2 (2015) p. 54 [Consult. em 14 de Fevereiro de 2024] Disponível em: <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>

[206] LIMA, Meiriany Arruda e MANCHOLA-CASTILLO, Camilo – Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao "bem morrer". *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 29, N.º 2 (2021) p. 271 [Consult. em 14 de Fevereiro de 2024] disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>

O curso tradicional da ação médica, de forma muito sucinta, é focado na recuperação das doenças humanas, havendo possibilidades de melhoria da situação clínica dos pacientes. No caso em análise, a ação médica tomará outras proporções. Os cuidados paliativos assumem um carácter distinto por representarem uma "medicina de acompanhamento" (ou "paliativa"), ao contrário da descrita inicialmente que classificaríamos por "medicina curativa". A "medicina paliativa" não atua sobre a recuperação dos doentes, visto que tal não faria qualquer sentido. A partir do momento que não há espaço algum para atenuações ou melhorias do estado clínico, o foco centra-se somente na comodidade e bem-estar do doente. Aqui trata-se de olhar para a função médica na sua visão mais humana, em desvincular o médico da sua função mecânica e dotá-lo de sensibilidade, num momento especialmente difícil que é o período final da vida.[207]

Assim sendo, seremos capazes de compreender que as medidas adotadas neste âmbito passam por adotar "(...) medidas terapêuticas sem intuito curativo, (...) que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva"[208]

Contudo, neste processo, não se aceitará a expressão "sem intuito curativo" como sinal de desistência ou abandono do paciente. A morte, enquanto elemento irremediável nestes casos, fundamenta-se na "afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural (...)".[209] Aceitar a inevitabilidade da morte é compreender em cuidados paliativos, que nada poderemos solucionar, mas atenuar, na medida do possível, o sofrimento do doente. Por isso se adota "medidas terapêuticas sem intuito curativo". O responsável médico preocupar-se-á por acompanhar o doente e perceber, consoante as suas necessidades, qual o melhor cuidado a ter naquela situação. A expectativa de vida do doente não influencia a atenção e o cuidado que a comunidade médica deve ter com este, isto porque se trata de premissas não só válidas na conduta dos casos de cuidados paliativos, como para qualquer situação médica.[210]

O profissional de saúde assume, no fundo, um novo encargo. Num cenário de morte iminente e de enorme vulnerabilidade para o doente, o médico tentará prepará-lo para a chegada do momento último, tranquilizando-o de alguma forma e, sobretudo, prestando todo o auxílio

---

[207] Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida (11/CNECV/95) do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da vida, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cnecv-95>

[208] Neste sentido, *vide* Base II ("*Conceitos*") alínea b) da Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro ("Lei de Bases dos Cuidados Paliativos"), disponível em: < https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>

[209] De acordo com a BASE IV, alínea a) da Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro ("Lei de Bases dos Cuidados Paliativos"), disponível em: < https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>

[210] ABEJAS, Abel García e DUARTE, Cristina – *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel: Edições Técnicas, 2021, pp. 4 e 5

necessário tanto ao nível técnico, como ao nível emocional. Noutros termos, deverá reconhecer-se a importância do ser humano que temos perante nós, não se tratando apenas e só de um mero doente. Esse doente é em primeiro lugar sujeito e enquanto sujeito único e dissociável de qualquer outro, envolto numa complexidade que é só sua, dever-se-á reconhecê-lo como tal.[211]

Para que seja nítida a explicação da dimensão curativa vis dimensão paliativa. Mostra-nos ISABEL GALRIÇA NETO, que a ação paliativa não constitui uma diferença diametral em relação à ação curativa. Segundo a autora, a inserção dos cuidados paliativos não é efeito secundário da ineficácia dos cuidados "curativos", ou seja, os cuidados paliativos não atuam subsidiariamente aqueles. Assumir este prisma seria o mesmo que admitir que só faz sentido falar-se em cuidados paliativos quando a outra via ("curativa") não permite uma resolução. E isto, representa um entendimento destorcido. Na realidade, a introdução da ação paliativa deve acontecer em simultâneo com a ação curativa e inseri-la, tanto quanto possível, numa fase mais precoce da doença. Sendo a procura pela melhor qualidade de vida do doente, a bandeira erguida pelos cuidados paliativos, tal só será exequível quando introduzida numa fase mais embrionária da doença. O "investimento médico", característico pela tentativa de cura em determinada doença, não expira quando a recuperação se vislumbra impossível, mas canaliza-se essa vontade para o acompanhamento paliativo, assente no bem-estar e conforto do doente.[212]

Em concordância com outras vertentes já exploradas, também neste domínio a afirmação da autonomia do doente se reitera.

Apesar de aqui nos referirmos a um período de vida fugaz e especialmente frágil, o doente mantém o "(...) direito a participar ativamente no seu plano terapêutico, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado, podendo recusar tratamentos (...), sem prejuízo das competências dos profissionais de saúde"[213] Este artigo mostra-nos que não existe, nem existirá qualquer obrigatoriedade do paciente em aceitar os tratamentos recomendados pelo médico, estando inclusive suscetível de provocar o agravamento do seu estado clínico ou até de causar a sua morte, ao recusar tais tratamentos.

---

[211] LIMA, Meiriany Arruda e MANCHOLA-CASTILLO, Camilo – Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao "bem morrer". *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 29, N.º 2 (2021) p. 272 [Consult. em 14 de Fevereiro de 2024] disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>

[212] BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – *Manual de cuidados paliativos.* Lisboa: Centro de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, p. 20.

[213] Segundo o exposto no art.º 3, n.º 2 "*As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm também direito a participar ativamente no seu plano terapêutico, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado, podendo recusar tratamentos nos termos previstos na presente lei, sem prejuízo das competências dos profissionais de saúde*" da Lei n.º 31/2018, de 18 de julho ("Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida"), disponível em: < https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2917&tabela=leis&ficha=1>

A ação médica não deve assumir outro curso que não seja "(...) dirigir a sua ação para o bem-estar dos doentes, evitando a futilidade terapêutica, designadamente a utilização de meios de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício."[214]

Da mesma forma que em cuidados paliativos se procura incansavelmente o bem-estar dos doentes, o seu sofrimento situar-se-á em igual nível de importância. Como já foi referido, o nível de sofrimento do doente decorre da sua experiência subjetiva e, como tal, irá diferir em cada sujeito. De facto, a exposição do fator "sofrimento" é comum a todos os diplomas sobre o tema e todos eles resumem o seu objetivo ao alívio ou minimização do sofrimento dos doentes.

Quando se refere como missão cardeal a tentativa de mitigar o sofrimento dos doentes, não se expõe com isso algum tipo de poder absoluto, capaz de extinguir em pleno o sofrimento que aqui reina, mas sobretudo perceber melhor esta dimensão e as consequências que resultam para o doente. Ao nível emocional, existe um enorme receio do sofrimento que os doentes possam vir a sentir, capaz inclusivamente de ultrapassar o receio pela finitude. Situações como: o controlo de alguma circunstância clínica, o alivio da pressão exercida sobre os familiares, o reforço das relações pessoais e o preparo para a morte. São exemplos de alguns fatores que tranquilizam o doente, contrariamente ao desejável pelo médico, mais focado na perspetiva fisiológica da doença.[215]

No fundo, a presença daquelas situações propicia não só o alivio do sofrimento emocional do doente, como também fomenta o aumento da sua qualidade de vida.

A qualidade de vida do doente principia logo com a inclusão do mesmo no processo clínico. Ainda que muito limitado, este não ficará excluído na participação do mais variado tipo de circunstâncias médicas concernentes à sua condição médica. Num segundo momento, somos chamados a refletir, não só a importância de uma abordagem médica humanizada, centrada em garantir a preservação da dignidade e em proporcionar as melhores condições possíveis para o doente, como a conjeturar também uma abordagem individualizada de qualidade de vida. Apesar do cuidado médico ser um ponto cardeal na consecução da qualidade de vida do doente, será mais revelador ainda a forma como o doente a perceciona. Noutros termos, a qualidade de vida do doente, tendo em conta o seu estado de saúde crítico e insanável, será determinada em

---

[214] Em conformidade com o art.º 66 (Capítulo II) do Regulamento n.º 707/2016 ("Regulamento de Deontologia Médica"), 21 de julho de 2016, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>

[215] BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – *Manual de cuidados paliativos.* Lisboa: Centro de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, pp. 22 e 23.

resultado do confronto entre as suas expectações pessoais e a situação que esteja a vivenciar no presente. Assim sendo, cada doente terá inevitavelmente diferentes formas de encarar a sua situação e, em consequência, uma diferente avaliação da sua qualidade de vida.[216]

Dito isto e compreendendo bem o alcance das dimensões aqui mencionadas, é necessário desmistificar em matéria de cuidados paliativos, uma falsa depreensão.

Existe uma tentativa de confundir a prática de cuidados paliativos com o termo obstinação terapêutica ou encarniçamento terapêutico. Este segundo método distingue-se pelo uso de terapêuticas desnecessárias, nas quais o doente não beneficiará com a terapia empregue, apenas com o intuito de prolongar a sua vida. Contrariamente a este método, os cuidados paliativos não pretendem forçar qualquer tipo de terapêutica em nome de uma finitude tardia, visto que o seu objetivo se concentra no acolhimento do doente. No fundo, procura-se através do auxílio dos cuidados médicos necessários, trazer algum bem-estar e comodidade.[217]

Se recorrermos aliás ao "processo de desprescrição" utilizada em Medicina Interna, conseguiremos dissipar qualquer dúvida que ainda persista sobre a ocorrência de alguma espécie de obstinação terapêutica em cuidados paliativos. A "desprescrição" corresponde à interrupção de fármacos dispensáveis à saúde do doente, ou seja, quando a administração de fármacos só serve para prolongar a vida do doente e quando a possibilidade desse fármaco produzir algum efeito positivo não coincide com o restante período de vida do doente, não fará qualquer sentido administrar tais fármacos. É contraproducente prescrever vários fármacos a um doente que não dará qualquer resposta terapêutica e ignorar com isso "(...) a obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo causado ao doente(...)".[218]

Igualmente controversa é a discussão tida entre a prática da eutanásia e o exercício de cuidados paliativos. Existe uma tentativa muito clara de desvincular a ideia de cuidados paliativos à pratica de eutanásia, desde logo pela natureza da ação praticada.

Os cuidados paliativos atuam preventivamente à ação eutanásica, ou seja, acreditam que ao responder às necessidades do doente, num momento de particular sofrimento, a eutanásia deixará de ser uma via assumptível. Por outras palavras, assumirá uma via alternativa à eutanásia, completamente prescindível face aos cuidados paliativos prestados.[219]

---

[216] ABEJAS, Abel García e DUARTE, Cristina – *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel: Edições Técnicas, 2021, p. 43.
[217] FLORIANI, Ciro Augusto e SCHRAMM, Fermin Roland – Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Temas Livres: Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha] (2008) p. 2128 [Consult. em 20 Abril de 2024] disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900017>
[218] ROMERO, Inês *et al.* – "Desprescrever" nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. Revista Medicina Interna [Em linha] Vol.25, N.º 1 (2018) pp. 48 e 49 [Consult. em 20 de Abril de 2024] disponível em: < https://doi.org/10.24950/rspmi/Revisao/139/1/2018>
[219] PESSINI, Leo – Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 18, N.º 3 (2010) p.555 [Consult. em 25 de Abril de 2024] disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/584>

Por esta ordem de ideias, a eutanásia nunca terá qualquer concretização prática, sobretudo após a análise dos motivos que levam à sua aclamação. Geralmente os pedidos advêm de: uma incorreta atenuação dos sintomas do doente, de um sentimento de vazio, da existência de um quadro depressivo e, em situações nas quais, devido à volatilidade das opiniões dos doentes, não se deverá atender a tal pedido.[220]

Em sentido contrário, para quem a eutanásia se apresentar como legítima, argumentos deste tipo não farão sentido algum, desde logo pela afirmação da autonomia da pessoa humana, livre de tomar as suas decisões. Se o doente possuir ainda consciência dos seus atos, não haverá impedimento para a concretização da sua vontade, principalmente em casos como estes, de extrema debilidade.[221]

Concluindo esta análise, percebemos que não se trata de assumir os cuidados paliativos como via alternativa à eutanásia, mas de assumir o livre-arbítrio do indivíduo, apto a escolher qual a melhor opção para si, dentro das circunstâncias que lhe são possíveis.

4. Testamento Vital e a sua relação com a eutanásia

Durante toda a explanação realizada, reina a afirmação da autonomia e autodeterminação do indivíduo, face todas as circunstâncias clínicas a que este se encontre sujeito, mais especificamente em cenário de fim de vida. Com a existência de um mecanismo chamado Testamento Vital, as circunstâncias nas quais se viabiliza a autonomia do indivíduo alteram.

Haverá situações nas quais o individuo, por total incapacidade, não será livre de tomar as suas próprias decisões, e nas quais verá a sua consciência e autonomia anuladas. Em resultado de um estado grave de saúde, o discernimento do doente poderá ser afetado ao ponto de inviabilizar a tomada de qualquer tipo de decisão.[222]

Com a instituição do Testamento Vital pretende-se reiterar os princípios cardeais que governam o indivíduo, ao permitir que seja realizada uma declaração onde conste todas as intervenções, tratamentos ou cuidados médicos que o doente autoriza ou não que sejam aplicados.

---

[220] TWYCROSS, Robert – *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores, 2003, p. 32.
[221] TWYCROSS, Robert – *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores, 2003, p. 29.
[222] PLMJ – O Testamento Vital: Nota Informativa (2012) [Consult. em 27 de Abril de 2024] p.1, disponível em: <https://www.plmj.com/pt/conhecimento/notas-informativas/O-Testamento-Vital/12635/>

Ou seja, quando não existir capacidade para o doente expressar a sua vontade, haverá um documento (Testamento Vital) onde constam todas as decisões adotadas por este.[223]

A promulgação deste documento, no ordenamento jurídico português não foi tarefa fácil, passando pela sucessiva caducidade dos projetos de lei apresentados para o efeito. O primeiro projeto de lei surge por iniciativa do Partido Socialista (n.º 788/X), em Maio de 2009, com o titulo "Direito dos doentes à informação e ao consentimento informado". A apresentação deste projeto pretendia adensar o direito à autodeterminação, já previsto em matéria de saúde, acrescentando um outro direito assente na possibilidade do individuo expressar, por escrito, a vontade que gostaria de ver satisfeita na prestação dos cuidados de saúde, caso ficasse impossibilitado de o fazer no futuro. Este projeto caduca em Outubro de 2009. Novos projetos de lei são apresentados em 2010, com adesão agora do: Bloco de Esquerda, o Partido Social-Democrata e Partido Popular, também caducado em 2011. Numa última tentativa, voltam a apresentar novos projetos de lei, onde veem finalmente o seu propósito concretizado, com a publicação em Diário da República, da Lei n.º 25/2012 que "Regula as Diretivas Antecipadas de Vontade, designadamente sob a forma de Testamento Vital, e nomeação de Procurador de Cuidados de Saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)"[224]

Com a inauguração deste documento médico, fez-se acompanhar uma errada associação com a prática da eutanásia. Tentar vincular alguma semelhança entre a natureza ideológica do Testamento Vital e a "morte medicamente assistida" (eutanásia), é admitir que existe alguma relação possível entre elas, quando na realidade são universos completamente opostos.

Na Eutanásia discute-se a legitimidade de o doente decidir, direta e livremente, sobre a sua vida, requerendo sempre um profissional de saúde para a concretização do ato final. Com indispensável reflexão, acima de tudo, de algo muito valioso como a importância da vida humana. Contrariamente a este, o Testamento Vital não terá como intenção a reflexão sobre a morte. Irá permitir sim, que qualquer pessoa seja livre de determinar quais tratamentos considera legítimos exercer sobre o seu corpo e, desde que bem informada, terá total autonomia de anular quaisquer que sejam os tratamentos que não coadunem com os seus valores.[225]

Dito isto e apesar de não existir nenhuma obrigatoriedade na elaboração do Testamento Vital, deveria existir uma obrigação ao nível informativo, no sentido de alertar nos hospitais para a

---

[223] PLMJ – O Testamento Vital: Nota Informativa (2012) [Consult. em 27 de Abril de 2024] p.1, disponível em: <https://www.plmj.com/pt/conhecimento/notas-informativas/O-Testamento-Vital/12635/>

[224] PLMJ – O Testamento Vital: Nota Informativa (2012) [Consult. em 27 de Abril de 2024] pp.1 e 2, disponível em: <https://www.plmj.com/pt/conhecimento/notas-informativas/O-Testamento-Vital/12635/>

[225] NUNES, Rui – Testamento Vital. *Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto* [Em linha] Vol.XXI, N.º 4 (2012) p. 253 [Consult. em 12 Maio de 2024] Disponível: <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1421/1/v21n1a10.pdf>

existência de um testamento vital, que apesar da sua longa existência é ainda desconhecida por muitos.[226]

4.1. Diretivas Antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde (DAV) e procurador de cuidados de saúde

A abordagem desta temática centrar-se-á na análise terminológica da Lei n.º 25/2012[227], de 16 de julho que "*Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)*".

Não obstante, cabe perceber em primeiro lugar, a que se deve a regulamentação das diretivas antecipadas da vontade e as suas respetivas modalidades (Testamento Vital e Procurador de Cuidados de Saúde) no ordenamento jurídico português. Dito de outro modo, tentar-se-á entender a pertinência jurídica deste tema.

Antes da criação desta referida lei, já é do nosso conhecimento a existência de vários mecanismos médicos aptos a impedir que, a execução de tratamentos considerados fúteis aos doentes aconteça, outrossim pela permissão conferida ao doente de recusar qualquer tipo de tratamento médico.[228]

De facto, a novidade legislativa que aqui se impõe, não resulta claramente desta anterior constatação.

A necessidade em criar as agora conhecidas "Diretivas Antecipadas de Vontade" (DAV) provêm de uma completa intransponibilidade no apuramento da vontade do doente, face a uma ineptidão provisória. Por outras palavras, em situações nas quais o doente já não possui consciência, tornar-se-ia impossível deduzir a sua vontade antes da entrada nesse estado de

[226] NUNES, RUI - Parecer N.º P/35/APB/19 sobre a Proposta de Alteração da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho (Regula as Diretivas as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital - RENTEV). *Associação Portuguesa de Bioética* [Em linha] (2019) [Consult. em 12 Maio de 2024], disponível em: <https://upbioetica.org/publicacoes/>

[227] Lei n.º 25/2012, de 12 de julho ("Regula as Diretivas as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV))", disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>

[228] Parecer N.º 59 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (59/CNECV/2010) ("Parecer sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade") p. 2, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-sobre-os-projectos-de-lei-relativos-as-declaracoes-antec>

inconsciência.[229] Com a inauguração desta lei, o doente verá todas as suas vontades licitamente plasmadas num documento oficial, na qual, a entidade médica poderá e deverá recorrer em situações limite, onde o doente não possa exercer o seu livre-arbítrio.[230]

A respeito do conteúdo desta lei espera-se que assuma um carácter preciso e vinculativo, permitindo a solicitação de qualquer tipo de interveniências, desde que esse pedido esteja em conformidade com as leis existentes, com a ética médica e que seja concretizável dentro dos limites definidos. Da mesma maneira que, dará lugar à rejeição de determinadas intervenções médicas, estando a sua aceitação dependente de vários fatores, nomeadamente: pela comprovação das capacidades da pessoa aquando do momento de "formalização por escrito da declaração antecipada da vontade"; pela correta transmissão da informação útil nestes casos, tendo os médicos aqui um papel fulcral e, por último, se não for vontade da pessoa receber a informação necessária, tal não influenciará a autenticidade da sua decisão.[231]

Na realidade, não nos será difícil compreender o surgimento desta lei, quando já haviam sido feitas diligências na afirmação do direito dos doentes, com o art.º 9 da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina[232], exposto laconicamente da seguinte forma: "*A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento de intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta*". Aqui traçar-se-iam as primeiras linhas, do que no futuro se tornará nas "*diretivas antecipadas de vontade*"

Assim sendo, importa agora redirecionar o foco da nossa análise para a interpretação da Lei n. º25/2012. Segundo o exposto no art.º 2, n.º 1 desta mesma lei[233], "*As diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne*

---

[229] RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) p. 81 [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

[230] Parecer N.º 59 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (59/CNECV/2010) ("Parecer sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade") p. 2, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-sobre-os-projectos-de-lei-relativos-as-declaracoes-antec>

[231] Parecer N.º 59 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (59/CNECV/2010) ("Parecer sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade") p. 3, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-sobre-os-projectos-de-lei-relativos-as-declaracoes-antec>

[232] "Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina", disponível em: <https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>

[233] Lei n.º 25/2012, de 12 de julho ("Regula as Diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV))", disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>

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".

O conteúdo desta norma, resume de uma forma muito clara e objetiva os pontos fulcrais a considerar nesta lei. Dito isto, comecemos por descortinar melhor o seu alcance e respetivos significados.

Numa primeira instância, as "diretivas antecipadas de vontade" podem apresentar-se de duas formas distintas. Além da assumida referência "(...)*sob a forma de testamento vital* (...)", haverá uma outra alusivo ao "*Procurador de Cuidados de Saúde*". Compreender o sentido do testamento vital, passa por concretizar a vontade de um indivíduo, mesmo quando a incapacidade que premeia num determinado momento da sua vida o impediria de tal. Noutros termos, o indivíduo verá a sua vontade totalmente satisfeita, atinente às intervenções médicas que deseja ou não serem concretizadas, numa situação de impossível manifesto.[234]

Daqui decorre a possibilidade de recusar várias situações, como as seguintes: "*não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais*", "(...) *a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico*", "(...) *a tratamentos* (...) *em fase experimental*" e a "*autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos*"[235] A despeito de, permitir também ao indivíduo "*receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a um intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada*"[236]

Filando esta última expressão utilizada "*terapêutica sintomática apropriada*", jamais em nenhuma circunstância, será empregue uma terapêutica desadequada ao estado clínico do paciente, apenas porque este a solicitou. Quando a prescrição de "tratamentos inúteis" está em causa, a entidade médica não terá qualquer obrigatoriedade no cumprimento do desejo do doente, ou seja, se o médico concluir que o pedido de uma certa terapêutica não trará benefícios para o doente e que poderá, inclusivamente, agravar a dor que o próprio já padece, esse pedido será negado.[237]

---

[234] RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) p. 83 [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

[235] Em conformidade com o exposto no art.º 2, alínea a), b) e d) da Lei n.º 25/2012, de 12 de julho ("Regula as Diretivas as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV))", disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>

[236] Apresenta-se nestes termos o art.º 2, alínea c) da Lei n.º 25/2012, de 12 de julho ("Regula as Diretivas as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV))", disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>

[237] RAPOSO, Vera Lúcia – Diretivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida. *Revista do Ministério Público* [Em linha] (2011) p. 176 [Consult. em 3 de Junho de 2024], disponível em: <https://rmp.smmp.pt/directivas-antecipadas-de-vontade-em-busca-da-lei-perdida/>

Esta é uma atitude que é tomada com o paciente numa situação de inconsciência, contudo atuar-se-ia do mesmo modo em situação de consciência. Trata-se de uma medida universal que, protege o profissional de saúde de exceder os limites estabelecidos e, na qual, as diretivas antecipadas de vontade não serão exceção.[238]

No que concerne ao conteúdo do testamento vital, importa agora entender as suas especificidades.

Face à conjuntura em que tal testamento é realizado – enquanto mecanismo de prevenção, perante uma futura incapacidade – será normal existir um certo nível de abstracionismo no momento da sua redação, isto porque, se preveem situações que possam vir a acontecer e, chegado o momento de as concretizar, não ser possível reexaminar novas medidas, possivelmente até mais adequadas ao caso.[239]

Da mesma forma que, não poderá adotar-se uma linguagem demasiado abstracionista, onde os termos utilizados não permitam uma compreensão exata das intenções do paciente. Melhor dizendo, deverá existir um equilíbrio na terminologia empregue, para que não exista, por um lado, termos que originem incerteza quanto ao seu conteúdo e, por outro lado, termos que futuramente inviabilizam a prática médica, devido à sua exagerada pormenorização. Daqui resulta, por sua vez, a necessidade de aliar duas figuras centrais: a do médico e do jurista. A começar com a importante tarefa de tornar o conteúdo do documento percetível ao médico, que exerce a ação primordial e de facultar esclarecimentos ao jurista, quando a natureza do documento assim o ditar.[240]

Uma vez assinalados bem estes pontos, caberá sempre ao médico responsável pelo acompanhamento do doente, ditar qual a melhor interpretação do conteúdo plasmado no testamento vital e agir em conformidade. Excecionalmente em caso de dúvidas, recorre-se às instancias superiores do hospital e, por último, ao tribunal.[241]

Por fim, antes de passarmos à análise do "*procurador de cuidados de saúde*", interessa ressalvar a questão referente ao "*prazo de eficácia do documento*". Consta do art.º 7, nº1 da Lei nº25/2012 que "*O documento de diretivas antecipadas de vontade é eficaz por um prazo de cinco*

---

[238] RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) p. 86 [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

[239] RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) p. 83 [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

[240] RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) p. 87 [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

[241] *Ibidem*, p. 88.

anos a contar da sua assinatura" e no art.º 8, nº1 da mesma lei que "*O documento de diretivas antecipadas de vontade é revogável ou modificável, no todo ou em parte, em qualquer momento, pelo seu autor*" Por seu turno, exequível "(...) *através de simples declaração oral ao responsável pela prestação de cuidados de saúde* (...) *devendo esse facto ser inscrito no processo clínico, no RENTEV, quando aí esteja registado, e comunicado ao procurador de cuidados de saúde, quando exista.*" (art.º 8, nº4)

Através da observância destas normas, podemos perceber que houve uma preocupação do legislador quanto há atualidade do desejo estipulado pelo doente, isto é, tendo estipulado um prazo de cinco anos, tudo aquilo que o doente referir no momento da sua redação não perderá valor ou se tornará desatualizado, visto que, poderá a qualquer momento anular ou modificar algo que considere necessário, desde que tal se encontre devidamente registado no processo clínico e, se for o caso, noticiado ao procurador de cuidados de saúde.

Por esta dita, estamos agora em condições de debruçarmos a nossa atenção para a figura de "*procurador de cuidados de saúde*".

Neste domínio, entende-se que "*qualquer pessoa pode nomear um procurador de cuidados de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber, pelo outorgante, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente*"

De facto, com a introdução desta nova figura, o sujeito poderá prescindir da deliberação previa sobre as suas vontades médicas e atribuirá a responsabilidade dessa mesma deliberação a alguém da sua confiança, bom conhecedor dos valores defendidos por quem representa. Além disso, terá a possibilidade de acautelar situações extraordinárias, que muito dificilmente seriam previstas, caso o sujeito redigisse a sua vontade em testamento vital.[242]

Contudo, deve existir sempre alguma cautela. A decisão mesmo que dada por alguém próximo, não será nunca equiparável ao valor da decisão dada pelo próprio sujeito. Inexistindo, por sua vez, provas que a decisão tomada pelo *procurador de cuidados de saúde* seja congruente com a vontade de quem representa. A única certeza que podemos ter é que, determinado *procurador* terá sempre alguma credibilidade, porque ter sido escolhido para essa posição.[243] Em boa verdade, será sempre prevalente a opinião do *procurador* face aos demais, tendo a sua

[242] RAPOSO, Vera Lúcia – Diretivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida. *Revista do Ministério Público* [Em linha] (2011) p. 177 [Consult. em 3 de Junho de 2024], disponível em: <https://rmp.smmp.pt/directivas-antecipadas-de-vontade-em-busca-da-lei-perdida/>

[243] RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) p. 84 [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

decisão um carácter vinculativo, por força representativa do outorgante. Noutros termos, caso haja algum tipo de divergência opinativa, inclusive de familiares, prevalece a decisão adotada pelo *procurador*, que pretende responder aos interesses do sujeito representado.[244]

Por último, resta-nos concluir que a criação das "*diretivas antecipadas de vontade*" teve como principal marco, a desresponsabilização do profissional de saúde pelos atos médicos praticados. Com esta nova lei, o médico concentra-se naquilo que é a sua função cardeal (de exercer o seu ofício médico, com vista à satisfação dos interesses do paciente) e o paciente assume total autonomia e comprometimento com a licitude dos procedimentos médicos adotados.[245]

4.2. Legalização da eutanásia passiva?

A "eutanásia passiva" apresenta uma rejeição do paciente na continuidade de quaisquer métodos clínicos, que proporcionem o prolongamento da vida do próprio. Ou seja, uma vez imerso num estado totalmente débil e irresolúvel, que coincide com uma espécie de início do seu "processo de morte", o recomendado é não contrariar esse mesmo processo e apenas "deixar morrer". Ainda relativo à interpretação deste conceito, a eutanásia passiva compreende duas dimensões: no qual, a morte do paciente resulta da privação das medidas terapêuticas necessárias ao prolongamento da sua vida, comummente designado por "abstenção terapêutica" e, noutro contexto, em que a morte do paciente se deve ao interrompimento das medidas terapêuticas.[246]

Em boa verdade, a eutanásia passiva, no contexto aqui analisado, não apresenta qualquer tipo de dissociação ou confronto ideológico com a prática utilizada nas diretivas antecipadas de vontade, estando aliás relacionadas de alguma forma. Vejamos que, a eutanásia passiva é um procedimento comummente aceite, caracterizando-se apenas por permitir que a doença siga o seu curso natural, sem interferências médicas, quando não se avista qualquer margem de melhoramento do estado clínico do doente.[247]

---

[244] RAPOSO, Vera Lúcia – Diretivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida. *Revista do Ministério Público* [Em linha] (2011) p. 177 [Consult. em 3 de Junho de 2024], disponível em: <https://rmp.smmp.pt/directivas-antecipadas-de-vontade-em-busca-da-lei-perdida/>

[245] RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) p. 92 [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

[246] VASCONCELOS, Maria João e SANTOS, Margarida – Algumas questões e perspetivas em torno da eutanásia *in Liber Amicorum* Benedita Mac Crorie Volume II, Braga: UMinho Editora, 2022, p. 195 (pp. 193-204), disponível em: <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.105>

[247] RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) p. 81 [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

Se tivermos em atenção a situação clínica na qual se introduz as diretivas antecipadas de vontade, ser-nos-á imediata a compreensão deste ponto. As "DAV" surgem em casos clínicos delicados, na qual, os pacientes se veem em risco de morte iminente, logo uma das vias mais prudentes não será nunca a aplicação de terapêuticas fúteis ou desnecessárias à saúde do doente, numa tentativa vã de restaurar a sua saúde. Restará, por outro lado, a tentativa de minimizar, dentro do possível, o sofrimento que padece.[248]

[248] RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) pp. 81 e 82 [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

CAPÍTULO III – EUTANÁSIA ENQUANTO MEIO DE CONCRETIZAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

1. Eutanásia em Portugal: nota prévia

Com a entrada da Lei n.º 22/2023, a 25 de Maio de 2023 que "*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal*", Portugal apresenta a sua moldura jurídica face ao tema de "morte medicamente assistida". Sendo este, um assunto amplamente discutido, nesta lei, veremos finalmente respondidas todas aquelas interrogações e esclarecimentos inconclusivos, fruto da complexidade que o tema exalta e, naturalmente quais foram as interpretações que o legislador português decidiu adotar nos mais variados parâmetros normativos.

1.1. Critérios de admissibilidade ao procedimento de "morte medicamente assistida"

No art.º 3, n.º 1 da Lei n.º 22/2023[249] "*considera-se morte medicamente assistida não punível a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria e esclarecida, em situação de sofrimento de grande intensidade, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde*". Dito isto, nas próximas linhas daremos conta da análise e amplitude dos termos apresentados, nomeadamente quanto: à "*situação de sofrimento de grande intensidade*"; à "*lesão definitiva de gravidade extrema*" e à "*doença grave e incurável*".

Comecemos com a definição empregue no art.º 2, alínea f), da Lei n.º 22/2023 à cerca do "sofrimento de grande intensidade", expondo-o como: "*sofrimento decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente,*

[249] Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa". À primeira vista, creio ser visível uma certa redundância e pouca clareza quanto ao efetivo entendimento da dimensão de "sofrimento de grande intensidade", expondo essencialmente que se tratará de algo "*persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa*".

De facto, como já tivemos oportunidade de referir neste trabalho, chegarmos a uma definição clara e exata de sofrimento, não é uma tarefa fácil em razão da subjetividade presente nesse mesmo domínio[250], no entanto, é possível chegar a uma melhor perceção das suas especificidades.

O sofrimento dito "intolerável" não se trata de um critério universal e comum a todos, porque o que poderá ser intolerável para um, poderá não o ser para outro. Por isso, é que a subjetividade individual impera. Será sempre em resultado da experiência pessoal, que qualquer sofrimento pode entender-se como "intolerável" e, quando a isso, se acresce a falta de qualidade de vida, é inteligível a morte como solução viável.[251]

Numa tentativa de definir o sofrimento, poderemos caracterizá-lo com base em momentos, por exemplo: de especial fragilidade, falta de domínio e de perigo à integridade pessoal, que resultam numa visão da vida desprovida de qualquer significado. Outrossim, reconhecemos que o sofrimento poderá apresentar origens múltiplas: do foro físico, mental, espiritual, social e até financeiro.[252]

Aqui falamos do sofrimento resultante de uma doença, que condicionará o indivíduo, sobretudo no exercício da sua autonomia. O doente vê-se numa posição de completa inutilidade, sem qualquer esperança e perspetiva de futuro, o que suscitará indubitavelmente o desejo pela morte.[253]

Se considerarmos, noutra perspetiva, a crença da dicotomia mente e corpo, jamais estaremos em condições de compreender o alcance que o sofrimento humano apresenta. Vejamos que, se admitimos que o sofrimento humano é fruto da experiência subjetiva do sujeito e, se para

---

[250] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal") p. 8, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219>

[251] NUNES, Lucia; MADEIRA, Luis Duarte; SILVA, Sandra Horta e – Suicídio Ajudado e Eutanásia [Morte Provocada a Pedido] – Terminologia e Sistemática de Argumentos (Working Paper). *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* [Em linha] (2018) (Atualização janeiro 2020) pp. 16 e 17 [Consult. em 2 Agosto de 2024] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/publicacoes/estudos-tematicos/suicidio-ajudado-e-eutanasia-wp>

[252] NUNES, Lucia; MADEIRA, Luis Duarte; SILVA, Sandra Horta e – Suicídio Ajudado e Eutanásia [Morte Provocada a Pedido] – Terminologia e Sistemática de Argumentos (Working Paper). *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* [Em linha] (2018) (Atualização janeiro 2020) p. 17 [Consult. em 2 Agosto de 2024] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/publicacoes/estudos-tematicos/suicidio-ajudado-e-eutanasia-wp>

[253] NUNES, Lucia; MADEIRA, Luis Duarte; SILVA, Sandra Horta e – Suicídio Ajudado e Eutanásia [Morte Provocada a Pedido] – Terminologia e Sistemática de Argumentos (Working Paper). *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* [Em linha] (2018) (Atualização janeiro 2020) p. 18 [Consult. em 2 Agosto de 2024] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/publicacoes/estudos-tematicos/suicidio-ajudado-e-eutanasia-wp>

a medicina o sofrimento só poderá comprovar-se através do dano corporal, então nunca compreenderemos o sofrimento humano. O homem não pode ser percecionado apenas pela dimensão corpórea, a mente é também parte constituinte do próprio. Quando uma doença surge, não danifica ou atinge apenas o corpo, porque poderá e irá, com toda a certeza, causar dano em outras áreas do sujeito.[254]

Quando questionado o valor de tal sofrimento, é necessário apreender que não poderá existir um qualquer entendimento dessa dimensão, se não formos primeiramente capazes de reconhecer a singularidade e intransponibilidade que o sofrimento humano impõe. O sofrimento sentido pelo sujeito é único e pessoal, e apenas este poderá atribuir-lhe significado, mesmo face à complexidade e multidimensionalidade que esse significado pessoal possui, em última instância, cabe apenas a si, atribuir o valor do seu sofrimento.[255]

Quando no art.º 2, alínea f) da Lei n.º 22/2023, se refere "(...) *considerado intolerável pela própria pessoa*" é exatamente isto que referimos agora, o reconhecimento da singularidade e do valor que a "*própria pessoa*" atribui ao seu sofrimento, neste caso, de sofrimento "*intolerável*".

Dito isto e tendo em conta o exposto no art.º 3, n.º 1 da Lei n.º 22/2023, a ocorrência de morte medicamente acontece em resultado da decisão da "*própria pessoa*" e "*em situação de sofrimento de grande intensidade*", traduzindo-se em uma de duas situações: "*lesão definitiva de gravidade extrema*" ou, então, "*doença grave e incurável*". Para que percebamos melhor o que cada um dos termos significa, passemos agora à sua explanação.

Quanto à expressão "*lesão definitiva de grande intensidade*", o art.º 2, alínea e) é muito claro na sua explicação, trata-se de uma "*lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa*".

No mesmo art.º 2, alínea d) é descrita "*doença grave e incurável*" enquanto "*doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade*".

---

[254] CASSELL, Eric J. – The nature of suffering and the goals of medicine. *Loss, Grief & Care* [Em linha] Vol. 8, n.º 1-2 (1998) p. 132 [Consult. em 2 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1300/J132v08n01_18>

[255] CASSELL, Eric J. – The nature of suffering and the goals of medicine. *Loss, Grief & Care* [Em linha] Vol. 8, n.º 1-2 (1998) p. 134 [Consult. em 2 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1300/J132v08n01_18>

Face à expressão "*doença grave*", a sua interpretação implica assumir, novamente, um carácter subjetivo e entender que o grau de intensidade será sempre condicionado em resultado da perceção individual, ou seja, só o indivíduo poderá considerar menor ou maior a gravidade da sua doença.[256]

Não obstante, a respeito da incurabilidade da doença não haverá duvidas. Aqui trata-se de "situações-limite", em que não resta ao doente mais nenhuma opção. Inexiste uma resposta favorável tanto ao nível dos meios utilizados na medicina tradicional, como em rede de cuidados paliativos, ambos insuficientes na resolução destes casos.[257]

Quando em causa está uma "*situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária*", como expõe art.º 2, alínea e) da Lei n.º 22/2023, somado à gravidade e incapacidade que determinada lesão acarreta, é no fundo olharmos para um individuo desprovido de qualquer autonomia. A doença toma agora o controlo sobre a sua vida e este vai apenas sobrevivendo.

Por último, depois de verificadas estas condições que tornam elegível um pedido de morte medicamente assistida, poderá ser concretizada de duas formas: através de "*suicídio medicamente assistido*", em que o doente é o próprio a administrar os fármacos letais, sob a vigilância médica; e através de eutanásia, em que os fármacos são administrados pelo profissional de saúde.[258] Com recurso à "*eutanásia*" acresce uma condicionante, em que a sua realização

---

[256] NUNES, Lucia; MADEIRA, Luis Duarte; SILVA, Sandra Horta e – Suicídio Ajudado e Eutanásia [Morte Provocada a Pedido] – Terminologia e Sistemática de Argumentos (Working Paper). *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* [Em linha] (2018) (Atualização janeiro 2020) p. 15 [Consult. em 2 Agosto de 2024] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/publicacoes/estudos-tematicos/suicidio-ajudado-e-eutanasia-wp>

[257] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal") p. 7, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219>

[258] Tal como consta no art.º 2, alínea b) e alínea c) da Lei n.º 22/2023: "b) *«Suicídio medicamente assistido», a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente, sob supervisão médica*;" e c) *«Eutanásia», a administração de fármacos letais pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito*;" E, ainda, no art.º 10 da mesma lei, que descreve as regras correspondentes à "Administração dos fármacos letais" – "1 - *Além do médico orientador e de outro profissional de saúde, obrigatoriamente presentes aquando da administração dos fármacos letais, podem estar presentes outros profissionais de saúde por indicação do médico orientador, assim como pessoas indicadas pelo doente, desde que o médico orientador considere que existem condições clínicas e de conforto adequadas.* 2 - *Imediatamente antes de se iniciar a administração ou autoadministração dos fármacos letais, o médico orientador deve confirmar se o doente mantém a vontade de requerer a morte medicamente assistida, na presença de uma ou mais testemunhas, devidamente identificadas no RCE.* 3 - *Caso o doente não confirme expressamente a sua vontade de requerer a morte assistida, nomeadamente se manifestar qualquer dúvida, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, o que é inscrito em documento escrito, datado e assinado pelo médico orientador, integrando o RCE, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º* 4 - *No caso previsto no número anterior, deve ser entregue ao doente o respetivo RCE, devendo uma cópia ser anexada ao seu processo clínico e outra enviada para a CVA com o respetivo Relatório Final do médico orientador, nos termos do artigo 17.º*" - Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

depende da presença de "*incapacidade física do doente*".[259] Se tal não se verificar, a via adotada é a pratica do "*suicídio medicamente assistido*".[260]

1.2. Procedimento clínico de "morte medicamente assistida": análise do itinerário a ser percorrido desde a "abertura do procedimento clínico" até à "concretização da decisão do doente"

Neste tópico, a Lei n.º 22/2023 mostrar-nos-á que a concretização de "*morte medicamente assistida*" requer o cumprimento de várias etapas importantes, para que, em última instância, seja assegurada uma tomada de decisão plenamente consciente e segura.

Primeiramente, a respeito da "*abertura do procedimento clínico*" o indivíduo deverá, antes de mais, cumprir com os requisitos dispostos no art.º 3[261] desta lei e, seguidamente, manifestar a sua vontade através de um "(...)*documento escrito, datado e assinado pelo próprio, ou pela pessoa por si designada* (...)"[262]. O pedido, por sua vez, será encaminhado para o seu "*médico orientador*", onde este acederá ao "*historial clínico do doente*" e o tomará "*como elemento essencial*" no

---

[259] No art.º 11 da Lei n.º 22/2023, é exposto em que moldes se conjetura a "Decisão pessoal e indelegável" do doente, através do seguinte: "1 - *A decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de morte medicamente assistida é estritamente pessoal e indelegável.* 2 - *Sem prejuízo do disposto no número anterior, caso o doente que solicita a morte medicamente assistida não saiba ou esteja impossibilitado fisicamente de escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se substituir por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito, aplicando-se as regras do reconhecimento de assinatura a rogo na presença de profissional legalmente competente, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, e na presença de uma ou mais testemunhas.* 3 - *A pessoa designada pelo doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório.*" - Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[260] Tal como dita, o art.º 3, n.º 5, da Lei n.º 22/2023: "*A morte medicamente assistida só pode ocorrer por eutanásia quando o suicídio medicamente assistido for impossível por incapacidade física do doente.*" - Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[261] No qual "1- *Considera-se morte medicamente assistida não punível a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento de grande intensidade, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde. 2 - Para efeitos da presente lei, consideram-se legítimos apenas os pedidos de morte medicamente assistida apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional. 3 - A morte medicamente assistida ocorre em conformidade com a vontade e a decisão da própria pessoa, que se encontre numa das seguintes situações: a) Lesão definitiva de gravidade extrema; b) Doença grave e incurável. 4 - A morte medicamente assistida pode ocorrer por: a) Suicídio medicamente assistido; b) Eutanásia."* – Art.º 3, n.º 1-4 da Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[262] No art.º 4, n.º 1 da Lei n.º 22/2023, é apresentada a forma se efetua o pedido para quem solicita a morte medicamente assistida, revela os seguintes passos: "1 - *O pedido de abertura do procedimento clínico de morte medicamente assistida é efetuado por pessoa que preenche os requisitos previstos no artigo anterior, doravante designada por doente, em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, a ser integrado em registo clínico especial (RCE) criado para o efeito.* - Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

parecer que virá a emitir.[263] Acresce a tudo isto, uma total disponibilidade do doente, se necessário, do usufruto de cuidados paliativos[264] e, por outro lado, a obrigatoriedade de "*acompanhamento de um especialista em psicologia clínica*".[265]

Seguidamente, quanto ao parecer referido à priori, este será emitido pelo "*médico orientador*" num prazo de 20 dias úteis desde o momento de "*abertura do procedimento*", nele constam o cumprimento ou não dos requisitos necessários à validação de um pedido de "morte medicamente assistida", em conformidade com o exposto no art.º 3 da Lei n. º22/2023, e do mesmo modo "*toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta*". Por esta dita, é depois dado o devido "*prognóstico*" e averigua-se, novamente, junto do doente a vontade do próprio.[266]

Em caso de resposta positiva, a análise passa para uma nova instância, através da avaliação do "*médico especialista*". Aqui, será dado o parecer por "*outro médico, especialista na patologia que afeta o doente*", onde este averiguará se os requisitos impostos no art.º 5 foram cumpridos, e no que toca também ao "*diagnóstico e prognóstico da situação clínica*" e observância dos critérios assentes na "*natureza grave e incurável da doença ou a condição definitiva e de gravidade extrema da lesão*". O prazo para a elaboração deste parecer é de 15 dias úteis e, se existir validação, o "*médico orientador*" retoma o diálogo com o doente e apura a sua vontade.[267]

---

[263] Como consta no art.º 4, n.º 2 e n.º 3 da Lei n.º 22/2023: "2 - *O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente como médico orientador.* 3 - *O médico orientador deve obrigatoriamente aceder ao historial clínico do doente e assumi-lo como elemento essencial do seu parecer, emitido nos termos do artigo 5.º*" - Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[264] Como demonstra o art.º 4, n.º 6 da Lei n.º 22/2023: "6 - *Ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos.*" - Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[265] Veja-se então, o art.º 4, n.º 7-9, da Lei n.º 22/2023: "7 - *Ao doente é assegurado, ao longo de todo o procedimento, o acesso a acompanhamento por parte de um especialista em psicologia clínica.* 8 - *Para efeitos do disposto no número anterior, no prazo de 10 dias úteis a contar do início do procedimento, o doente tem acesso a uma consulta de psicologia clínica, cuja marcação é da responsabilidade do médico orientador, de modo a garantir a compreensão plena das suas decisões, no que respeita a si próprio e àqueles que o rodeiam, mas também o esclarecimento das relações e da comunicação entre o doente e os familiares, assim como entre o doente e os profissionais de saúde que o acompanham, no sentido de minimizar a possibilidade de influências indevidas na decisão.* 9 - *O acompanhamento por parte de um especialista em psicologia clínica a que se referem os números anteriores é obrigatório, salvo se o doente o rejeitar expressamente.*" - Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[266] Neste sentido: "1 - *O médico orientador emite, no prazo de 20 dias úteis a contar da abertura do procedimento, parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos no artigo 3.º e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e o respetivo prognóstico, após o que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º* 2 - *A informação e o parecer prestados pelo médico e a declaração do doente, assinados por ambos, integram o RCE.* 3 - *Se o parecer do médico orientador não for favorável à morte medicamente assistida do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º*" – Art.º 5, da Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[267] "1 - *Após o parecer favorável do médico orientador, este procede à consulta de outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, cujo parecer confirma ou não que estão reunidas as condições referidas no artigo anterior, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza grave e incurável da doença ou a condição definitiva e de gravidade extrema da lesão.* 2 - *O parecer fundamentado do médico especialista é elaborado no prazo de 15 dias úteis, por escrito, datado e assinado pelo próprio e integra o RCE.* 3 - *Se o parecer do médico especialista não for favorável à morte medicamente assistida do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa*

A avaliação do "*médico especialista em psiquiatria*" será solicitada em casos excecionais, nomeadamente, quando surjam dúvidas a respeito da capacidade da pessoa que solicita o pedido de "*morte medicamente assistida*" e quando a pessoa padece "*de perturbação psíquica ou condição médica*" que inabilite a sua capacidade deliberativa. Decorrerá por um período de 15 dias úteis e, em caso de parecer favorável, o "*médico orientador*" comunica a informação com o doente e confirma a sua vontade.[268]

Em último passo, e supondo uma cadeia de sucessivas aprovações dos pareceres realizados anteriormente, é agora o momento da "*Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida"* (CVA) proceder à análise de todos os requisitos e fases de procedimento, e redigir as suas conclusões num prazo de cinco dias úteis.[269] Após esse análise, se a CVA emitir uma resposta positiva, o "*médico orientador*" transmite a informação ao doente, ao qual reitera junto dele se a sua vontade.

Reunidas todas estas condições, chega o momento da "*concretização da decisão do doente*", no qual o "*médico orientador*" combina com o doente todos os pormenores para a realização da "*morte medicamente assistida*", nomeadamente, a respeito do "*dia, hora, local e*

---

decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º
4 - *No caso de parecer favorável do médico especialista, o médico orientador informa o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º e, juntamente com o parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE.* 5 - *Caso o doente padeça de mais do que uma lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, o médico orientador decide qual a especialidade médica a consultar.*" – Art.º 6 da Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[268] Como demonstra o art.º 7 da Lei n.º 22/2023: "1 - *É obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, sempre que ocorra uma das seguintes situações: a) O médico orientador e ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a morte medicamente assistida revelando uma vontade séria, livre e esclarecida*; b) *O médico orientador e ou o médico especialista admitam que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões.* 2 - *Se o médico especialista em psiquiatria confirmar qualquer uma das situações referidas no número anterior, o procedimento em curso é cancelado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º* 3 - *O parecer do médico especialista em psiquiatria é elaborado no prazo de 15 dias úteis, por escrito, datado e assinado pelo próprio, e integra o RCE.* 4 - *A avaliação necessária para a elaboração do parecer referido no n.º 1 envolve, sempre que a condição específica do doente assim o exija, a colaboração de um especialista em psicologia clínica.* 5 - *No caso de parecer favorável do médico especialista em psiquiatria, este, acompanhado do médico orientador, deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão consciente e expressa deste ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, o qual integra o RCE.*" - Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[269] "*Nos casos em que se apresentem os pareceres favoráveis nos termos dos artigos anteriores, reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador remete cópia do RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida (CVA), prevista no artigo 24.º, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, o qual é elaborado no prazo de cinco dias úteis e quando a CVA tiver dúvidas sobre se estão reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, deve convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários.*" – Art.º 8, n.º 1 e n.º 2 da Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

método".[270] Dito isto, será apresentado ao doente os "métodos disponíveis" que inclui a realização da "*eutanásia*" ou do "*suicídio medicamente assistido*".[271]

Concluindo, ressalvo o cuidado tido pelo legislador português ao reconfirmar, em todas as etapas do processo clínico, a vontade do doente. Mesmo que fosse da sua plena e consciente vontade prosseguir com a prática da "*morte medicamente assistida*", não é deixada margem para que existam quaisquer dúvidas ou incertezas sobre a sua vontade. Tal ação, promove o direito à revogação do doente em qualquer etapa do processo.[272]

Ademais, recordo que a abordagem tida neste processo, segue uma linha "*favorável*", com a aprovação de todas as etapas, no entanto, quando algum "*parecer desfavorável*" surja, a lei expõe com clareza e em qualquer momento, a interrupção do procedimento e possibilidade de reabertura, através de um novo pedido.

1.3. O papel do "Profissional de Saúde"

Como bem sabemos, a prática de "*morte medicamente assistida*" com auxílio médico, vendo sendo amplamente discutido e contestado pela Ordem dos Médicos. A prática de "*ajudar o suicídio ou matar a pedido*" (conforme designado na Lei n.º 22/2023, por "*Suicídio Medicamente Assistida*" e "*Eutanásia*", respetivamente) não consta como ações integrantes na função médica e são, antes mais, completamente contrários aos valores éticos e morais defendidos, no "juramento de Hipócrates" e aos procedimentos vinculados à "*leges artis*". Noutros termos, aceitar aquelas práticas como constituintes do "ato médico" é assumptível porque, fruto da evolução tecnológica, a morte não é mais entendida apenas como processo natural. A medicina é inclusive capaz de influenciar os limites entre a vida e a morte, convertendo a principal

---

[270] "*Mediante parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, hora, local e método a utilizar para a prática da morte medicamente assistida.*" Art.º 9, n.º 1 da Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[271] "*O médico orientador informa e esclarece o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a morte medicamente assistida, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito, mas sob supervisão médica, quando o doente estiver fisicamente incapacitado de autoadministrar fármacos letais.*" e " *No caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a realização do procedimento de morte medicamente assistida, o mesmo é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão.*" – Art.º 9, n.º 2 e n.º 5 da Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[272] Dito isto, "*A revogação do pedido de morte medicamente assistida cancela o procedimento clínico em curso, devendo a decisão ser inscrita no RCE pelo médico orientador*" e "*Mediante a revogação do pedido é entregue ao doente o respetivo RCE, devendo ser anexada uma cópia ao seu processo clínico com o relatório final do médico orientador.*" – Art.º 12 da Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

responsabilidade do profissional de saúde, assente no tratamento de doenças, em gestão de questões éticas tão complexas como esta.[273]

Desta permissibilidade não surge apenas "o direito ao pedido de morte", como também um "novo dever" do médico, ao ter agora de garantir que essa possibilidade é satisfeita. Isto é, caberá ao médico concretizar essa tarefa, em nome da "autonomia pessoal" do doente, renunciando para isso parte da sua "liberdade".[274]

Tal argumento perderá a sua validade, se considerarmos o art.º 21, n.º 1 da Lei n.º 22/2023, que nos expõe o seguinte: "*Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de morte medicamente assistida de um doente se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer, sendo assegurado o direito à objeção de consciência a todos os que o invoquem*".[275]

Este excerto demonstra que não haverá qualquer tipo de coação sobre o médico que, pelos mais variados motivos, não deseje participar no "*ato de morte medicamente assistida de um doente*". A liberdade do médico, referida anteriormente, permanece intocável, estando a sua participação sujeita, apenas e só, à sua decisão.

No entendimento do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica, era valida uma alteração do Código Deontológico e uma legalização neste âmbito, "se se sobrepusesse sempre o legal ao ético e ao moral, podendo-se afirmar que é um procedimento que lesa os princípios de uma classe profissional de máxima importância para a saúde e bem-estar da população, pois é o veículo determinante da ciência médica (...) em todas as fases da vida (...)".[276]

Esta afirmação demonstra uma sobreposição de valores incongruentes, não sendo possível considerar uma lei que despenalize a prática da eutanásia ou suicídio assistido, sem que com isso se viole os valores morais e éticos exaltados pelo Código Deontológico.

---

[273] NUNES, Lucia; MADEIRA, Luis Duarte; SILVA, Sandra Horta e – Suicídio Ajudado e Eutanásia [Morte Provocada a Pedido] – Terminologia e Sistemática de Argumentos (Working Paper). *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* [Em linha] (2018) (Atualização janeiro 2020) pp. 22 e 23 [Consult. em 2 Agosto de 2024] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/publicacoes/estudos-tematicos/suicidio-ajudado-e-eutanasia-wp>

[274] NUNES, Lucia; MADEIRA, Luis Duarte; SILVA, Sandra Horta e – Suicídio Ajudado e Eutanásia [Morte Provocada a Pedido] – Terminologia e Sistemática de Argumentos (Working Paper). *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* [Em linha] (2018) (Atualização janeiro 2020) p. 23 [Consult. em 2 Agosto de 2024] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/publicacoes/estudos-tematicos/suicidio-ajudado-e-eutanasia-wp>

[275] Acrescenta ainda que, "*A recusa do profissional deve ser comunicada ao doente no prazo de 24 horas e deve especificar a natureza das razões que a motivam, sem prejuízo do disposto nos números seguintes; A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objetor, dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde onde o doente está a ser assistido e o objetor presta serviço, se for o caso, e com cópia à respetiva ordem profissional; A objeção de consciência é válida e aplica-se em todos os estabelecimentos de saúde e locais de trabalho onde o objetor exerça a sua profissão e; A objeção de consciência pode ser invocada a todo o tempo e não carece de fundamentação.*" – Art.º 21, n.º 2-5 da Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

[276] Ordem dos Médicos - Parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica ("Soluções médicas para o fim de vida" e "Projetos de lei de suicídio assistido e de eutanásia"), p. 6, disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/05/Informação_CNEDM16-Eutanásia_CNEDM.pdf>

Dirá ainda que "fá-lo com soluções eticamente incorretas, sem a devida ponderação do valor da vida em pessoas muito vulneráveis"[277] e que "(...) há que promover a dignidade da vida até ao final, desenvolvendo cuidados para suavizar a morte (...), com decisões médicas e cuidados adequados e proporcionados (...), no respeito pela pessoa do doente que se baseia no reconhecimento do direito a ser informado, direito ao consentimento e recusa de tratamentos".[278]

Dito isto, reafirma-se a necessidade de promover: os cuidados paliativos; o direito à informação, o direito ao consentimento e o direito à recusa de tratamentos.

Com a celebração póstuma da Lei n.º 22/2023, nenhuma dessas incumbências foi esquecida. Em primeira instância, o Código Deontológico manterá sempre a sua validade e importância, sem desprimor da existência de uma lei que permita ao individuo tomar decisões sobre a sua morte. Uma não anula a outra, trata-se de uma comunhão de valores. Seguidamente, de acordo com o art.º 19 [alíneas a), b) e d)] da Lei n.º 22/2023, respetivamente], a celebração daqueles direitos encontrar-se-ão igualmente salvaguardados, tendo "*os médicos e outros profissionais de saúde*" a cargo: "*informar o doente de forma objetiva, compreensível, rigorosa, completa e verdadeira sobre o diagnóstico, os tratamento aplicáveis, viáveis e disponíveis* (...)"; "*informar o doente sobre o seu direito de revogar a qualquer momento a sua decisão de requerer a morte medicamente assistida*"; "*assegurar que a decisão do doente é livre, esclarecida e informada*".[279]

2. A polémica em torno dos:

2.1. Menores

As crianças ou menores, incluem o núcleo de pessoas às quais a prática de Eutanásia poderá vir a ser realizada. E, face à particular sensibilidade deste tema, dará aso a um vasto enredo de interpretações e apreensões, no qual é questionado a viabilidade de tal ato. Assim sendo, daqui em diante exploraremos as suas idiossincrasias.

---

[277] Ordem dos Médicos - Parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica ("Soluções médicas para o fim de vida" e "Projetos de lei de suicídio assistido e de eutanásia"), p. 4, disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/05/Informação_CNEDM16-Eutanásia_CNEDM.pdf>

[278] Ordem dos Médicos - Parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica ("Soluções médicas para o fim de vida" e "Projetos de lei de suicídio assistido e de eutanásia"), p. 8, disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/05/Informação_CNEDM16-Eutanásia_CNEDM.pdf>

[279] Para obter informação na íntegra, consultar o Art.º 19 da Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

Inicialmente, devemos considerar que "todas as decisões relativas a crianças (...) terão primacialmente em conta o interesse superior da criança"[280], ou seja, devemos admitir como premissa central o "principio do superior interesse da criança.

Em contexto médico, as decisões adotadas a respeito da prática de Eutanásia adotarão a mesma linha de pensamento, sendo o agente principal um adulto ou uma criança, residindo neste último apenas a diferença quanto à averiguação das suas capacidades. Naturalmente, as crianças não possuem o mesmo nível de discernimento que os adultos e a suas capacidades serão fortemente influenciados pela sua idade ou experiencias vividas, por exemplo. Neste sentido, ser-nos-á evidente que não haverá uma resposta imediata, mas uma aproximação de resposta baseado no caso e contexto especifico que a criança se encontra inserida, ou seja, deverá considerar-se o percurso evolutivo da mesma, para que seja possível alcançar alguma conclusão. Tal como demonstra a lei Belga, fatores redutivos à idade não constituem uma condição determinante nestes casos, tendo antes por base numa análise evolutiva da criança, a ser realizada pelo médico competente.[281]

A perceção geralmente atribuída aos menores, reside numa caracterização minorativa das suas capacidades, enquanto seres mais sensíveis, frágeis, suscetíveis a maior coação e, sobretudo, incapazes de realizar autónoma e conscientemente as suas decisões. Mais um vez, apurar o seu discernimento não resultará apenas na idade que o menor apresenta, mas em resultado de um acompanhamento individualizado, que diverge entre menores.[282]

Na realidade, o ser humano apesar de único na sua individualidade, a sua formação resulta do meio em que se insere e das relações interpessoais que estabelece nesse mesmo meio. E tal não será muito diferente para os menores, isto porque os menores estão inseridos num contexto familiar, no qual são altamente submissos aos seus pais. Perspetivar, nestes casos, um menor pleno na sua identidade não fará sentido, quando a sua existência depende em grande parte da família em que insere. Assim sendo, para que seja possível aproximar-se do melhor interesse da criança, é necessário agrupar ambas as perspetivas, dos pais e da criança.[283]

Não obstante, o melhor interesse da criança é definível, geralmente, em concordância com a visão adotada pelos pais. Vejamos também que, são estes que estão em melhor condição

---

[280] UNICEF – Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos [Em linha] Comité Português para UNICEF: edição revista, 2019. (Art.° 3, n.° 1). Disponível em: <https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf>

[281] HANSON, Stephen S. – Pediatric Euthanasia and Palliative Care Can Work Together. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* [Em linha] Vol. 33, n.° 5 (2015) p. 422. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909115570999>

[282] CUMAN, Giulia – Euthanasia in Minors: A Care-Ethics Perspective. *Research in Pediatrics & Neonatology* [Em linha] Vol. 1, n.° 3 (2017) p. 1 [Consult. 5 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://crimsonpublishers.com/rpn/pdf/RPN.000511.pdf>

[283] CUMAN, Giulia – Euthanasia in Minors: A Care-Ethics Perspective. *Research in Pediatrics & Neonatology* [Em linha] Vol. 1, n.° 3 (2017) p. 1 [Consult. 5 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://crimsonpublishers.com/rpn/pdf/RPN.000511.pdf>

para avaliar a situação da criança, conhecendo-a bem e sabendo perfeitamente o sofrimento que esta padece. Enquanto em adultos é possível recolher o seu consentimento e daí compreender quais as escolhas que este considera melhor para si, em menores esta tarefa dificulta-se. Primeiramente, não estaremos nunca em condições de conhecer os seus verdadeiros interesses e, seguidamente, podemos cair no erro de, na tentativa de os entender, confundir os nossos interesses com os interesses da criança, o que não pode ocorrer.[284]

Se tivermos em consideração, uma abordagem inter-relacional da criança com o meio familiar em que insere, bem como todo o panorama que a envolve, incluindo médicos e enfermeiros, talvez o seu melhor interesse se torne mais decifrável. Nesta perspetiva, defende-se o envolvimento de todas as partes, mas dada a dificuldade na eutanásia em menores, ter-se-á como foco as experiências vividas pela criança, em contexto de especial sofrimento, de maneira que seja possível uma melhor resposta à vulnerabilidade que a isola.[285]

A Eutanásia em menores surge da legalização de decisões em fim de vida em crianças, em países como a Holanda e a Bélgica, estando a problemática concentrada no caso belga. A Bélgica sucede à Holanda na aprovação de eutanásia em crianças, mas acrescenta uma novidade face à realidade holandesa. Na Holanda é permitida a prática da eutanásia em doentes terminais, a partir dos 12 anos de idade, fazendo-se acompanhar do consentimento dos pais, se já tiver 16 anos, poderá solicitar o pedido apenas informando os pais da ocorrência. No caso da Bélgica, não há quaisquer limites de idade, mas a sua realização esta dependente da observação de alguns critérios, a ressalvar nomeadamente, a questão da "capacidade de discernimento", onde a criança é sujeita a uma avaliação metódica pela equipa pediátrica multidisciplinar e na presença de psicólogo clínico ou psiquiatra.[286]

A par com o que já referimos anteriormente, esta avaliação é especializada e dirá respeito a cada caso em particular, o acompanhamento por parte da equipa médica permitirá, por sua vez, registar a evolução do menor e verificar se este de facto possui ou não o discernimento necessário para uma decisão deste tipo. Reitera-se igualmente, duas posições: a primeira, resultante da incapacidade intelectual e falta de experiência de vida necessárias na elaboração de uma decisão, com a complexidade que a eutanásia demanda. Se não são capazes de dar o seu consentimento informado (onde constam as suas preferências e convicções, em resultado do modo como

---

[284] HANSON, Stephen S. – Pediatric Euthanasia and Palliative Care Can Work Together. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* [Em linha] Vol. 33, n.° 5 (2015) p. 422. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909115570999>

[285] CUMAN, Giulia – Euthanasia in Minors: A Care-Ethics Perspective. *Research in Pediatrics & Neonatology* [Em linha] Vol. 1, n.° 3 (2017) p. 2 [Consult. 5 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://crimsonpublishers.com/rpn/pdf/RPN.000511.pdf>

[286] SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui – Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 23, n.° 3 (2015) p. 478 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233084>

perspetiva o mundo), nem de conseguir ter consciência das consequências que determinada escolha terá para si, torna-se custoso aceitar a viabilidade deste ato; a segunda, mostra-nos que a idade não é fator condicionante para a atribuição de competência, aliás pode registar-se inclusive maior maturidade e discernimento em menores, em relação aos adultos, e, por isso, devem ser retiradas conclusões com base na avaliação particular.[287]

A juntar com o critério da "capacidade de discernimento", deverá ocorrer igualmente a presença de uma doença incurável que encurta a vida do menor, que padece de um sofrimento contínuo e incomportável; o menor terá de realizar o seu pedido por escrito; deverá também ter o consentimentos dos pais ou, noutros casos, o consentimento do representante legal; e, por último, ser disponibilizado apoio psicológico a todos que se encontrem incluídos neste cenário.[288]

Segundo o entendimento de alguns pediatras e políticos, a averiguação da capacidade de discernimento nas crianças permite 96rata96-las, à posteriori, no mesmo nível de importância que os adultos. Ou seja, uma vez conferido o discernimento da criança, não haverá motivos para não as dotar dos mesmos direitos que os adultos possuem, principalmente perante a circunstância de doença incurável e sofrimento intenso. A solicitação do pedido de morte, também aqui, passa a ser assumptível para as crianças nestas condições.[289]

Ainda assim, houve quem questionasse a competência das crianças, no momento de tomada de decisões. Conforme esta visão, o adulto terá melhor justificações para solicitar um pedido de eutanásia que as crianças, o seu pedido ultrapassa a mera dimensão do sofrimento e encontra causas como a impotência face à sua vida, o sentimento de fardo para os que lhe são próximos, entre outros motivos, para justificar o seu pedido. Contrariamente a eles, as crianças não são capazes de considerar outras realidades, fruto da inexperiência e desconhecimento de princípios como a dignidade e a autodeterminação humanas. A sua decisão está sustentada unicamente pela dor insuportável que sentem. Contudo, não é nestes termos que uma decisão se tornará inválida nas crianças, porque é através de avaliação médica que qualquer conclusão sobre o seu discernimento será dada, e nunca pela mera suposição da sua incapacidade ou imaturidade.[290]

---

[287] CUMAN, Giulia; GASTMANS, Chris – Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *European Journal of Pediatrics* [Em linha] Vol. 176 (2017) p. 841 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2934-8>

[288] SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui – Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 23, n.º 3 (2015) p. 478 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233084>

[289] SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui – Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 23, n.º 3 (2015) p. 481 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233084>

[290] SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui – Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 23, n.º 3 (2015) p. 481 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233084>

Por outro lado, haverá quem defenda a via de cuidados paliativos como alternativa à prática da eutanásia em menores. Segundo a "Association for Children´s Palliative Care", os cuidados paliativos pediátricos devem acompanhar a criança em todas as fases da doença, que irá desde o diagnóstico até à fase de luto, pretendendo fazê-lo de forma ativa e considerando todas as dimensões humanas. O objetivo cardeal centra-se na melhoria das condições de vida da criança, através do controlo do seu sofrimento e, ainda, o amparo à família no momento da morte e pós-morte (fase de luto).[291]

A tradição médica, como bem sabemos, caracteriza-se pelo método curativo e os cuidados paliativos emergem, nesse sentido, enquanto instrumento que promove a cura e o zelo dos doentes, completamente dissociável dos princípios da eutanásia. Os cuidados paliativos aliam-se aos pressupostos da medicina, tendo sempre a cura como intuito final e, caso a cura não seja concretizável, reconhecerão a piedade que os doentes merecem.[292]

Na ótica de uns, o método utilizado em cuidados paliativos é visto como o melhor no alivio do sofrimento humano e adotar, em última instância, esta via, é potencializar o bem-estar do doente. Para que tal seja possível é necessário, por sua vez, investir na rede de cuidados paliativos. Para outros, apesar de se reconhecer o valor deste método, torna-se muitas vezes insuficiente na sua missão, ou seja, haverá situações em que não há um controlo apropriado dos sintomas, o que poderá suscitar pedidos de eutanásia.[293]

Para os opositores da eutanásia, poderá ser ainda utilizado o argumento "*slippery slope*" ("ladeira escorregadia") para justificar a desproporcionalidade dos pedidos de eutanásia, tornando a ação de pôr termo à vida um recurso banalizado, que qualquer um poderá fazê-lo, sem atenção à vulnerabilidade de muitos pacientes. Noutros termos, há uma crença que se poderá evoluir de um mero "alívio de sofrimento" para um "alívio da anormalidade", o que alerta para o risco de, ao tentar aliviar o sofrimento, caminhemos para a eliminação de qualquer característica "anormal", resultando em padrões de perfeição irrealistas.[294]

De acordo com os registos observados, existe uma diminuição generalizada dos pedidos de morte medicamente assistida na Holanda e na Bélgica, contudo ainda haverá quem acredite

---

[291] SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui – Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 23, n.º 3 (2015) p. 479 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233084>

[292] CUMAN, Giulia; GASTMANS, Chris – Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *European Journal of Pediatrics* [Em linha] Vol. 176 (2017) pp. 842 e 843 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2934-8>

[293] CUMAN, Giulia; GASTMANS, Chris – Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *European Journal of Pediatrics* [Em linha] Vol. 176 (2017) p. 843 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2934-8>

[294] SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui – Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 23, n.º 3 (2015) p. 482 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233084>

que a legalização da eutanásia em crianças, conduzirá à presença da teoria da "ladeira escorregadia". Tendo em conta tudo isto, o caminho parece se direcionar para uma ampliação de recursos no acesso aos cuidados paliativos pediátricos.[295]

Diante de toda a argumentação exposta, é evidente que este assunto carrega consigo complexidades de cariz moral e ético, suscetível de várias posições distintas, quer num sentido convergente, no qual a eutanásia em menores apresenta alguma legitimidade e sentido na sua existência, sendo inclusive colocada em igual nível de consideração que a eutanásia em adultos, quer em sentido divergente, em que a realização de tal prática é completamente disforme ao agente que se aplica (a criança), face à sua imaturidade e falta de discernimento. Contudo, a legislação da eutanásia em menores existe e segue critérios bem definidos para a sua realização, logo, quando esta for a solução aplicada, não haverá qualquer espaço para decisões arbitrárias ou situações suscetíveis de perigo para as mesmas.

2.2. Doentes do foro mental

No contexto de um requerimento de morte assistida, a legitimidade de um pedido feito por um doente com patologias de foro psicológico é particularmente questionável, uma vez que desafia os limites convencionais entre o sofrimento físico e o sofrimento mental. No caso deste último, o indivíduo pode enfrentar uma série de transtornos psicológicos que podem comprometer sua capacidade deliberativa, especialmente quando confrontado com a subjetividade inerente ao seu sofrimento.

Logo à partida, os doentes em sofrimento psicológico encontram um obstáculo ao nível sociológico. A sociedade em que nos inserimos interfere diretamente com as nossas emoções e a forma como atribuímos sentido às nossas vidas e, estando esta enviesada no sentido pejorativo das anomalias humanas, especialmente sobre casos de doença mental, automaticamente esta será percecionada como indigna. Noutros termos, a presença desta anomalia, como de tantas outras, são consideradas aos olhos da sociedade desmerecedoras de dignidade humana e, ao acrescentar-se a isso, uma crescente procura pela prática de eutanásia provocado por situações

[295] SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui – Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 23, n.º 3 (2015) p. 482 [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233084>

de necessidade de assistência, limitação da autonomia, o sentimento de indignidade/vazio e desintegração social nos indivíduos, torna-se óbvio o aparecimento do tal sofrimento.[296]

De qualquer forma, a dignidade como deve de facto ser entendida, desqualifica qualquer entendimento baseado em normas externas e socialmente compartilhadas. Ao indivíduo poderá exercer-se algum tipo de "pressão social", no sentido de demonstrarem um elevado desempenho ou autonomia, mas jamais estes critérios representarão qualquer influência na real perceção de dignidade. A dignidade humana é um princípio inerente a todos e, especialmente em casos de transtorno mental, aplicar estes critérios de forma rigorosa, levará não só a um sensação de incerteza por parte dos doentes, como levará também a uma certa estigmatização e entendimentos distorcidos sobre a sua própria dignidade.[297]

Efetivamente, o indivíduo molda-se em resultado de experiências externas a si mesmo. Seguindo uma lógica baseada no "modelo cognitivo-comportamental", os nossos comportamentos e emoções provêm da interpretação que atribuímos aos incidentes da nossa vida e, nessa interpretação, encontram-se estruturas mais profundas que poderão refletir algumas situações traumáticas já vividas e que subsistem sonegadas até ao momento que alguma situação mais tensa surja.[298]

No geral, as perceções negativas que o indivíduo possui, desencadeiam numa visão também ela negativa e deformada de si próprio e daquilo que o rodeia.[299] Mas essa visão ganha ainda mais força, em casos de doentes terminais. Nestes doentes, a presença de patologias como a depressão, conduzirão ao desejo de antecipar a morte e, como uma decisão deste tipo não deve ser considerada levianamente, é indispensável identificar a presença de algum quadro depressivo e 99rata-lo. Inclusivamente, considera-se que na dor mental associada à depressão há maior influência nos pedidos de morte antecipada, do que os pedidos provenientes de dor física, logo se a causa para esse pedido oriunda da depressão e é possível 99rata-la, haverá uma forte probabilidade de o desejo de morte diminua.[300]

---

[296] HAEKENS, An – "Euthanasia for Unbearable Psychological Suffering" *In* DEVOS, Timothy - *Euthanasia: Searching for the full story: Experiences and insights of Belgian doctors and nurses*, Springer Nature, 2021, p. 46, disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-56795-8>

[297] SCOPETTI, Matteo [et.al] – Assisted Suicide and Euthanasia in Mental Disorders: Ethical Positions in the Debate between Proportionality, Dignity, and the Right to Die. *Healthcare* [Em linha] Vol. 11, n.º 10 (2023) p. 9 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare11101470>

[298] DEMBO, Justine; VEEN, Sisco van; WIDDERSHOVEN, Guy – The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *International Journal of Law and Psychiatry* [Em linha] Vol. 72 (2020) p. 3 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101627>

[299] DEMBO, Justine; VEEN, Sisco van; WIDDERSHOVEN, Guy – The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *International Journal of Law and Psychiatry* [Em linha] Vol. 72 (2020) p. 3 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101627>

[300] MCCORMACK, Ruaidhrí; FLÉCHAIS, Rémy – The Role of Psychiatrists and Mental Disorder in Assisted Dying Practices Around the World: A Review of the Legislation and Official Reports. *Psychosomatics* [Em linha] Vol. 53, n.º 4 (2012) p. 324 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psym.2012.03.005>

Neste sentido, as doenças do foro mental apresentam uma dificuldade acrescida, quando comparada com as doenças do foro fisiológico, uma vez que nas primeiras, a previsão e o diagnóstico dos transtornos mentais apresentam-se mais dúbios. Torna-se mais complexo presumir o desenvolvimento de um transtorno metal ou afirmar a sua incurabilidade devido à natureza mutável dessas condições, do que será nas doenças físicas. Considerando que, nesta última, há um maior nível de previsibilidade e exatidão no diagnóstico, como demonstram, por exemplo, os casos oncológicos, onde é possível considerar um conjunto variável de tratamentos e a eficácia dos mesmos.[301]

Por isso, será tão importante o papel dos médicos psiquiatras neste âmbito. Na abordagem com o doente, os psiquiatras proporcionam um local de segurança para que este seja livre de expressar as suas vontades, inclusivamente o seu desejo de morte. O foco destes profissionais passa sobretudo por, escutar e conversar sobre as inquietudes do doente e tentar, de alguma forma, abrir caminho para a procura do seu sentido de vida. Mesmo que a procura por algum significado seja difícil e indeslumbrável para o doente, o psiquiatra procurará entendê-lo e ajudá-lo nesse caminho, trabalhando, em certas situações, com o seu sentimento de incapacidade por não conseguir minorar o sofrimento dos doentes.[302]

Colocando de outra maneira, os psiquiatras pretendem antever situações de suicídio e, ao deterem as ferramentas necessárias para a realização do diagnostico e tratamento de doenças mentais, estarão em condições de tratar situações que desencadeiem o desejo de morte, correspondente à existência, por exemplo, dos casos de depressão. Porém, o problema que se impõe coloca em causa a capacidade deliberativa do doente, que possui um transtorno mental. Dúvidas poderão surgir à cerca da sua capacidade, mas afirmar que possui incapacidade apenas pela sua patologia, não é consequência indubitável.[303]

Foram realizados, inclusivamente, estudos que revelam incerteza no verificação de algum efeito de causalidade entre transtornos mentais e a capacidade dos indivíduos, contrariando a

[301] HAEKENS, An – "Euthanasia for Unbearable Psychological Suffering" *In* DEVOS, Timothy - *Euthanasia: Searching for the full story: Experiences and insights of Belgian doctors and nurses*, Springer Nature, 2021, p. 42, disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-56795-8>

[302] HAEKENS, An – "Euthanasia for Unbearable Psychological Suffering" *In* DEVOS, Timothy - *Euthanasia: Searching for the full story: Experiences and insights of Belgian doctors and nurses*, Springer Nature, 2021, p. 42, disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-56795-8>

[303] MCCORMACK, Ruaidhrí; FLÉCHAIS, Rémy – The Role of Psychiatrists and Mental Disorder in Assisted Dying Practices Around the World: A Review of the Legislation and Official Reports. *Psychosomatics* [Em linha] Vol. 53, n.° 4 (2012) p. 320 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psym.2012.03.005>

crença generalizada de que a incompetência é atribuída com base na observação imediata de transtornos mentais.[304]

Se tivermos, aliás, consideração pela influência que o nosso humor tem sobre o nosso pensamento e sobre o nossas crenças, também estaríamos inaptos, na maioria das vezes, de realizar um julgamento válido. Vejamos da seguinte forma, se o humor mais negativo afeta o pensamento de todos indivíduos, sem exceção, não será por possuir um transtorno mental que devo ser considerado, automaticamente, incapaz de realizar qualquer tipo de julgamento, porque da mesma forma que um individuo, sem transtorno mental, pode ser afetado por pensamentos mais negativos, num individuo com transtorno mental o mesmo acontece, com a diferença que se encontra associado a uma doença.[305]

Passando agora para a análise destes casos, em contexto de solicitação da eutanásia, a lei dita um conjunto de critérios, a ser examinados, para que o pedido de morte seja concretizado. A começar, o doente deve apresentar-se sob um sofrimento permanente e incomportável, resultante de alguma patologia ou circunstância severa, sem perspetivas de cura. Também deverá ter a consciência e competência necessárias para realizar um pedido de eutanásia, à qual o faz de forma voluntária, com ponderação e reiterada ao longo do tempo, livre de quaisquer interferências ou coações externas.[306]

Acredita-se, outrossim, que a hipótese de recurso à eutanásia advém da incapacidade de apaziguar o sofrimento do doente através de vias alternativas e, na análise deste sofrimento, deverá considerar-se principalmente a experiência pessoal e subjetivo do doente face a tal sofrimento, ou seja, apesar de dimensões referentes à intensidade da dor e à sua persistência, serem importantes na avaliação do sofrimento, não são suficientes para alcançar o verdadeiro significado do mesmo.[307]

Na questão referente à capacidade deliberativa do doente, a lei belga não especifica devidamente este critério, deixando a sua interpretação entregue a entendimentos arbitrários. A

---

[304] MCCORMACK, Ruaidhrí; FLÉCHAIS, Rémy – The Role of Psychiatrists and Mental Disorder in Assisted Dying Practices Around the World: A Review of the Legislation and Official Reports. *Psychosomatics* [Em linha] Vol. 53, n.° 4 (2012) p. 323 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psym.2012.03.005>

[305] DEMBO, Justine; VEEN, Sisco van; WIDDERSHOVEN, Guy – The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *International Journal of Law and Psychiatry* [Em linha] Vol. 72 (2020) p. 2 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101627>

[306] HAEKENS, An – "Euthanasia for Unbearable Psychological Suffering" *In* DEVOS, Timothy - *Euthanasia: Searching for the full story: Experiences and insights of Belgian doctors and nurses*, Springer Nature, 2021, p. 41, disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-56795-8>

[307] MCCORMACK, Ruaidhrí; FLÉCHAIS, Rémy – The Role of Psychiatrists and Mental Disorder in Assisted Dying Practices Around the World: A Review of the Legislation and Official Reports. *Psychosomatics* [Em linha] Vol. 53, n.° 4 (2012) p. 324 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psym.2012.03.005>

avaliação da capacidade do indivíduo já é, por si só, bastante complexa e quando envolve, contextos de saúde mental, ainda mais complexa e desafiadora se torna. Daqui deduz-se uma clara alteração na capacidade dos indivíduos, porém não será consequência necessária e irremediável na sua tomada de decisão. Ou seja, mesmo que haja alterações neste âmbito, não significa que a capacidade de decisão fique permanentemente comprometida.[308] Por isso, se torna tão penoso, avaliar algo que se encontra imerso na subjetividade do indivíduo.[309]

Na realidade, existe um certo nível de previsibilidade face à capacidade dos doentes. Quer se trate de doentes com anomalias psíquicas como de qualquer outro tipo de doentes, é sempre presumível uma certa capacidade, até que algo surja e nos demonstre o inverso. O importante a considerar nesta questão, é o dinamismo e especificidade que norteia a capacidade do doente, ou seja, a avaliação deste parâmetro deverá ter sempre em consideração: a especificidade deliberativa, no qual a avaliação da sua capacidade resulta de uma decisão especifica e não generalizada; a especificidade contextual, em que a sua capacidade dependerá do contexto em que a decisão é tomada; e, por último, a especificidade temporal, em que a capacidade pode ser afetada pela evolução do tempo. Tudo isto são contextos que podem adulterar a capacidade dos doentes. Usualmente, espera-se do indivíduo a capacidade de: expressar a sua decisão; compreender as informações mais significativas; presumir os resultados que a sua decisão poderá tomar e, finalmente, poder ponderar entre várias opções terapêuticas e respetivos resultados.[310]

Em contexto médico, se refletirmos, há continuamente um nível de incerteza que não permite aos médicos ter, a todo o momento, certezas sobre todos os domínios. Essa incerteza pode passar, por exemplo, pela dubiedade quanto à melhora ou não do doente, após ser submetido a determinado tratamento. No caso do doente, não se espera deste uma capacidade de previsão futurológica, mas de possuir a capacidade de ponderar sobre todas as incertezas que irão surgir pelo caminho, pertencentes a qualquer decisão médica.

Outrossim, reforça-se que o sentimento de desanimo, sentido em doentes que sofrem de patologias de depressão não é indicativo que o seu discernimento é, de alguma forma, errado ou incoerente. Este é um sentimento mais identificável em doentes depressivos, contudo não deixará

---

[308] HAEKENS, An – "Euthanasia for Unbearable Psychological Suffering" *In* DEVOS, Timothy - *Euthanasia: Searching for the full story: Experiences and insights of Belgian doctors and nurses*, Springer Nature, 2021, p. 45, disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-56795-8>

[309] MCCORMACK, Ruaidhrí; FLÉCHAIS, Rémy – The Role of Psychiatrists and Mental Disorder in Assisted Dying Practices Around the World: A Review of the Legislation and Official Reports. *Psychosomatics* [Em linha] Vol. 53, n.° 4 (2012) p. 323 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psym.2012.03.005>

[310] DEMBO, Justine; VEEN, Sisco van; WIDDERSHOVEN, Guy – The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *International Journal of Law and Psychiatry* [Em linha] Vol. 72 (2020) p. 2 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101627>

de ser um sentimento comum a todos, pelas mais variadas circunstâncias vividas.[311] A intensidade deste sentimento aumenta, naturalmente, em proporção com o nível de gravidade de depressão, originando crenças irrealistas, de espectro positivo e negativo, mas não será correto assegurar que todos os seus pensamentos o serão dessa forma, sendo possível manter um raciocínio claro e racional em várias áreas.[312]

3. Reflexões Filosóficas sobre a Morte e a Eutanásia: o enigma da finitude humana

A morte acompanha o ser humano e fá-lo amedrontar o momento último, em que o esquecimento será perpetuo e as luzes cessarão para sempre. É intimidante falar da morte, porque representa o aparente fim absoluto, ainda assim, é comum falar-se do destino que o nosso corpo poderá tomar quando a inconsciência for irreversível. Hoje pretende-se que a morte seja o reflexo daquilo que fomos em vida e, talvez por isso, reforcemos com tamanha veemência a morte digna.[313]

Nesse sentido, o debate sobre a morte vem, aliás, ocupando o pensamento filosófico há muitos séculos. Desde a Filosofia Antiga até à Filosofia Contemporânea, os contributos filosóficos foram vastos. Assim sendo, pretendo ilustrar, daqui em diante, a riqueza desses contributos, expondo a visão argumentativa de alguns filósofos sobre a dimensão da morte e a relação que daí é possível estabelecer-se com a Eutanásia.

Considerando o temor que a aproximação da morte suscita no homem, Sócrates contraria-a. Na perspetiva socrática, não é possível, primeiramente, temer-se algo da qual não temos conhecimento do que seja, ou seja, a morte vista com desespero pelo homem é reflexo do seu medo irracional, contrária à ação racional, movida pelo conhecimento e reflexão crítica defendidas pelo filósofo. A morte deve ser encarada com naturalmente e, até, enquanto reconhecimento da

[311] DEMBO, Justine; VEEN, Sisco van; WIDDERSHOVEN, Guy – The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *International Journal of Law and Psychiatry* [Em linha] Vol. 72 (2020) p. 4 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101627>

[312] DEMBO, Justine; VEEN, Sisco van; WIDDERSHOVEN, Guy – The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *International Journal of Law and Psychiatry* [Em linha] Vol. 72 (2020) p. 6 [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101627>

[313] DWORKIN, Ronald – *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. 2ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009, p. 280.

postura correta que adotou em vida, ou seja, a vida, se vivida com verdade e boas práticas, a morte deverá ser encarada com positividade. Acima de tudo, reina a verdade, quer seja ela na vida como na morte.[314]

Nesta ótica, é dada primazia à dimensão da alma humana, em detrimento da dimensão corpórea. O alma do homem encontra-se, de certa forma, aprisionada ao seu corpo, que só terá condições de ser liberta no momento da sua morte. Acredita-se que irá para um lugar melhor, porque para Sócrates, a nossa preocupação em vida deve passar pelo culto da alma, rejeitando, por outro lado, tudo o que remeta às futilidades materiais. A nobreza do homem avalia-se pela sua riqueza de espirito e, a morte, é o fim absoluto apenas do corpo, a verdadeira imortalidade do homem reside no contributo, moral ou teórico, que deixou em vida.[315]

Permanecendo ainda no período da Antiguidade, João Estobeu, introduz a primeira forma verbal ("bem morrer") que dará origem à terminologia "boa morte", tradução do grego para eutanásia, numa das compilações que faz dos filósofos gregos. Na filosofia estoica e na cultura greco-latina, a morte representa um momento de dignidade e honra, sobretudo os que conduziram a sua vida sapientemente e virtuosamente. O conceito de uma "boa morte" era aplicável não só à forma serena que o sábio encarava o fim de vida, como também ao heroísmo daqueles que morriam em batalha, ambos demonstram exemplos de vidas norteadas pela honra.[316]

Num outro sentido, a "boa morte" assume um cunho diferente, imerso agora em contexto médico e na presença de patologia grave. Através de um exemplo ocorrido no período da antiguidade, há um arrependimento do doente no pedido que faz para estender a sua vida, há qual depois solicita que lhe seja aliviado o sofrimento, referindo a aplicabilidade da "boa morte", face à impossibilidade de cura. Dito por outras palavras, este exemplo demonstra o conceito de "boa morte" enquanto expressão de uma morte desejada, evitando o prolongamento desnecessário da dor.[317]

Mais tarde, em meados do século XVI e século XVII, novos contributos foram dados neste âmbito. Com o filósofo Tomás Moro, este fará uma analogia entre a "sociedade utópica" (assunto introduzido na sua obra "*Utopia*") e as pessoas que sofrem de doença grave. Nesta analogia, o

---

[314] PEIXOTO, José Adão – Sócrates, a Filosofia e a Questão da Morte. *Fragmentos de Cultura* [Em linha] Vol. 20, n.° 9/10 (2010) pp. 676 e 677 [Consult. em 2 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/1642/1036>

[315] PEIXOTO, José Adão – Sócrates, a Filosofia e a Questão da Morte. *Fragmentos de Cultura* [Em linha] Vol. 20, n.° 9/10 (2010) pp. 677 e 678 [Consult. em 2 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/1642/1036>

[316] MARTINS, Maria Manuela Brito – Da reflexão filosófica sobre a morte à questão da eutanásia. *Humanística e Teologia* [Em linha] Vol. 38, n.° 1 (2017) p. 54 [Consult. em 2 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.2017.9373>

[317] MARTINS, Maria Manuela Brito – Da reflexão filosófica sobre a morte à questão da eutanásia. *Humanística e Teologia* [Em linha] Vol. 38, n.° 1 (2017) p. 55 [Consult. em 2 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.2017.9373>

autor constata que nessa dita sociedade, aqueles que padecem de enfermidade severa, com sofrimento intenso, é aceitável colocar um termo à vida desses doentes.[318] Outrossim, com o filósofo Francis Bacon, o termo "eutanásia" já surge explicitamente, expondo-a como método no qual se dá a libertação da alma no corpo e a "eutanásia exterior", exequível quando o sofrimento é incomportável para o doente e não há mais condições para a continuidade da vida.[319]

O debate sobre a eutanásia suscita, acima de tudo, uma análise do desconhecido, do domínio da não-existência, daquilo que a consciência humana é incapaz de inteligir e que o homem tanto amedronta, a morte.

De um ponto de vista religioso, entende-se o fenómeno da morte como ascensão a uma dimensão mais elevada de consciência, há portanto uma ideia de transição para um plano melhor da existência e a ideia de morte, enquanto fim absoluto, cessa. Essa passagem trata-se de algo favorável ao homem, contudo as inquietações face ao desconhecimento de tal realidade, permanecem, gerando receio pela chegada desse momento.[320]

Não obstante a quem condescenda esta perspetiva, é para alguns, uma ideia condenável semear uma ideia infundada na consciência do homem que, haverá algo que o transcenda e que o eleva a algo melhor. Noutros termos, cria-se uma ideia distorcida daquilo que a morte faticamente significa, como fim concreto da existência humana, e gera-se uma expectativa de uma realização futura do homem, num plano superior.[321]

Numa visão materialístico-filosófica teremos, por outro lado, uma interpretação da vida e da morte resumida a processos físicos e biológicos. A vida resulta de uma determinada concentração de matéria num só organismo vivo, que é o homem. Não aqui espaço para considerações metafisicas ou espirituais da vida humana, mas a mera constatação de um conjunto de matéria organizada de forma que existam seres vivos, com todas as especificidades biológicas que o caracterizam. Se a vida humana se compõe pela unificação da matéria, a morte representa o seu contrário, a dissolução dessa matéria organizada que dá origem à vida. No caso da morte, gera-se uma rutura da organização biológica existente em vida que, poderá ou não, originar novas

[318] MARTINS, Maria Manuela Brito – Da reflexão filosófica sobre a morte à questão da eutanásia. *Humanística e Teologia* [Em linha] Vol. 38, n.º 1 (2017) pp. 55 e 56 [Consult. em 2 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.2017.9373>

[319] MARTINS, Maria Manuela Brito – Da reflexão filosófica sobre a morte à questão da eutanásia. *Humanística e Teologia* [Em linha] Vol. 38, n.º 1 (2017) p. 58 [Consult. em 2 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.2017.9373>

[320] NEVES, Maria Patrão – O sentido da morte na vida dos homens. *Centros de Estudos de Bioética* [Em linha] Vol. 12 (1996) p. 12 [Consult. em 3 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/O_sentido_da_morte.pdf>

[321] NEVES, Maria Patrão – O sentido da morte na vida dos homens. *Centros de Estudos de Bioética* [Em linha] Vol. 12 (1996) p. 12 [Consult. em 3 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/O_sentido_da_morte.pdf>

formas de vida. Assim sendo, aquilo que somos enquanto matéria viva é meramente temporário e a morte o fim destrutível da existência.[322]

De facto, o temor ou angustia sentidas pelo sujeito perante a morte, não são passíveis de uma explicação muito clara ou objetiva. No entanto, Sartre apresenta-nos uma teoria que justifica a inexistência de sentido para a morte, com a absurdidade que premeia a nossa vida.

O homem vê-se confrontado por um conjunto vasto de possibilidades que, livremente as poderá concretizar, porém essa vastidão de possibilidades ao seu dispor cria uma sensação de angustia, por não ser capaz de lidar com essa responsabilidade de escolha, ou seja, de tomar consciência que será ele próprio o único responsável por dar rumo à sua própria vida.[323]

Em oposição, à liberdade de escolha que temos em vida, a morte assinala o fim de todas as possibilidades. Constatar esse mesmo fim, onde toda a liberdade e possibilidades terminam, é um facto inevitável, mas nessa inevitabilidade está a viragem. O homem nada poderá fazer para impedir que a sua morte aconteça, contudo ao tomar consciência da sua finitude, poderá alterar a forma como perceciona a vida e o sentido que lhe atribui, porque uma certeza terá, com a chegada da morte vem o fim da sua liberdade.[324]

Noutro prisma, também essa angustia poderá manifestar-se. Nos profissionais de saúde, a angústia surge revestida por outras causas, nomeadamente, a impotência diante a morte de um paciente, ao sentir que não foi capaz de evitar a sua morte.[325]

O médico vê-se confrontado com um dilema moral e emocional, na medida em que, de um lado, deve corresponder à sua responsabilidade na restauração das vidas humanas, fazendo tudo o que está ao seu alcance para salvaguardar a vida do doente. O problema surge quando essa função é levada até às ultimas consequências. Há, neste sentido, uma vontade extrema de prolongar a vida do doente, mesmo que as terapêuticas aplicadas não produzam quaisquer efeitos positivos. De outro lado, há um reconhecimento do sofrimento penoso do doente, à qual o médico irá caridosamente atender, tentado minimizar a dor sentida e permitindo, em última instância, uma morte digna. Quando não podemos contrariar mais a chegada da morte, permitir que ocorra

[322] NEVES, Maria Patrão – O sentido da morte na vida dos homens. *Centros de Estudos de Bioética* [Em linha] Vol. 12 (1996) p. 12 [Consult. em 3 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/O_sentido_da_morte.pdf>

[323] FONTANA, Vanessa Furtado – Sartre: O Existencialismo Em Torno Da Morte. *Aufklärung: Journal of Philosophy* [Em linha] Vol. 7, n.º 3 (2020) p. 102 [Consult. em 3 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.18012/arf.v7i3.55296>

[324] FONTANA, Vanessa Furtado – Sartre: O Existencialismo Em Torno Da Morte. *Aufklärung: Journal of Philosophy* [Em linha] Vol. 7, n.º 3 (2020) p. 104 [Consult. em 3 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.18012/arf.v7i3.55296>

[325] SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland – Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha] Vol. 9, n.º 1 (2004) p. 33 [Consult. em 4 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013499004>

da forma mais leve e confortável possível, torna-se uma via aceitável, em que o médico se concentra a tornar o processo de morte menos traumático.[326]

A primeira abordagem, voltada para o prolongamento, a todo o custo, das vidas humanas é originada, em primeiro lugar, pela formação dada ao profissional de saúde. A dita "vida biológica" surge enquanto bem que deve ser protegido impreterivelmente e, em segundo lugar, é originada pela complexidão sentida face à morte.[327]

O próprio fenómeno da morte, é atualmente vivido de forma completamente distinta. Ao passo que, no passado a morte acontecia em contexto familiar, visto como algo natural, hoje, a morte acontece, com maior predominância, num ambiente hospital rodeado dos mais diversos e sofisticados instrumentos técnicos, capazes de reverter a morte.[328]

Ainda que seja possível recorrer aos artifícios mais sofisticados e inovadores da medicina e haja como missão cardeal do médico, na preservação e restauração das vidas humanas, não deve ser levada às ultimas consequências. Perpetuar a vida humana, em situações graves de saúde, com dores e sofrimento contínuos, não pode ser admitido.[329]

Desta forma, ignora-se as carências emocionais dos doentes, quando a única importância esta na reparação física do dano. O médico foi treinado para saber abordar e reparar as doenças físicas do corpo e, com os avanços tecnológicos da medicina, estará ainda mais capacitado nesse domínio, tendo uma total incapacidade, por outro lado, em acautelar a parte sensitiva e emocional do doente, importantíssima no período final da sua vida. É necessário consciencializar o profissional de saúde para o fenómeno da morte, precisa-se adensar as competências interpessoais, para que a assistência médica seja o mais humana possível. O desejo do doente expressar os seus sentimentos, inquietações e angústias com alguém é por vezes a única coisa que necessita para passar mais tranquilamente a fase que enfrenta e não se sentir abandonado no processo clínico.[330]

É aliás confirmada, com a elaboração deste estudo, a invalidade que a realização deste estender forçado da vida apresenta. A "obstinação terapêutica" ou "encarniçamento terapêutico",

---

[326] SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland – Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha] Vol. 9, n.° 1 (2004) pp. 33 e 34 [Consult. em 4 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013499004>

[327] MACEDO, João Carlos Gama Martins – "A morte adiada" *In* CURADO, Manuel; OLIVEIRA, Nuno (org.) – *Pessoas Transparentes: Questões Actuais de Bioética*, Coimbra, Edições Almedina S.A., 2010, p. 199, disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/88462>

[328] MACEDO, João Carlos Gama Martins – "A morte adiada" *In* CURADO, Manuel; OLIVEIRA, Nuno (org.) – *Pessoas Transparentes: Questões Actuais de Bioética*, Coimbra, Edições Almedina S.A., 2010, p. 197, disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/88462>

[329] TABET, Livia; GARRAFA, Volnei – Fim da vida: morte e eutanásia. *Revista Brasileira de Bioética* [Em linha] Vol. 12 (2016) p. 90 [Consult. em 4 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rbb.v12i0.7674 >

[330] MACEDO, J.C Gama Martins – *Educar para a Morte: Uma abordagem a partir de Elizabeth Kübler-Ross*. Coimbra: Edições Almedina, 2011, pp. 57, 60, 71 e 72.

dito por outras palavras, não coaduna com a afirmação da autonomia individual, nem tampouco com a noção do "consentimento informado" tão importantes no domínio da dignidade da pessoa humana.

O medo, por sua vez, pode suscitar a partir de inúmeras origens e ser explicado com recurso às nossas funções fisiológicas. Em primeiro lugar, o receio da morte poderá ser influenciado por um conjunto vasto de fatores não só pessoais, como culturais, abrangendo questões como: "a idade, o sexo, a cultura, a posição social, a experiência educacional e profissional, presença ou ausência de doença grave e crenças (...) após a morte". Seguidamente, poder-se-á explicar o medo enquanto emoção desencadeada por processos cerebrais e neurotransmissores, que constituem um mecanismo de defesa do corpo, alertando-o para uma ameaça iminente.[331]

Neste domínio, os enfermeiros apresentam um papel importante na intervenção das possíveis "angústias da morte" sentidas pelo doente, tendo em conta, a proximidade constante que apresentam junto deste. Não obstante, aos conhecimentos técnicos e à evolução tecnológica da medicina, o medo da morte apresenta-se de forma generalizada. Contrariar este medo requer, por sua vez, maior conhecimento sobre a morte, no sentido de a humanizar.[332]

Dito isto, a necessária humanização nesta área implicará também uma reconfiguração da conduta médica, ou seja, para que haja maior preocupação e cuidado com a vertente humana e sensitiva do doente, os próprios profissionais de saúde deverão munir-se de ferramentas próprias para que essa vertente seja acautelada. Caso este que, é omitido na maioria das vezes, tendo em conta, o conhecimento mais prático ou técnico do enfermeiro. Assim sendo, deve aliar-se ambas as posições, humanas e técnicas, na tentativa de sossegar as perturbações do doente, principalmente no receio que este apresenta diante a morte. É importante recordar, que estamos perante um doente, mas estamos, acima de tudo, perante um indivíduo ímpar na sua individualidade e de carências distintas.[333]

A transformação aqui descrita, não é entendida de ânimo leve, contudo há uma forte convicção de que, ao ser alterada a forma como profissional de saúde perceciona a morte, também

[331] BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula; BRASILEIRO, Jenucy Espíndula – O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Ciências Médicas* [Em linha] Vol. 26, n.º 2 (2017) p. 80 [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n2a3582>

[332] BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula; BRASILEIRO, Jenucy Espíndula – O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Ciências Médicas* [Em linha] Vol. 26, n.º 2 (2017) p. 79 [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n2a3582>

[333] BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula; BRASILEIRO, Jenucy Espíndula – O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Ciências Médicas* [Em linha] Vol. 26, n.º 2 (2017) p. 83 [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n2a3582>

a perceção do doente se alterará. Nada poderá ser feito quanto à irreversibilidade da morte e, no domínio médico, deve tomar-se consciência disso mesmo. Noutros termos, a morte deve ser recebida com a naturalidade, enquanto algo que integra a nossa existência e à qual não nos é possível escapar. Recebe-la dessa forma, retira-lhe a necessidade de enfrentá-la como se de "um desafio à vida" se tratasse.[334]

Além disso, será necessária uma introspeção por parte dos cuidadores, isto é, os profissionais precisarão indagar sobre a sua "própria humanidade" e entender, no fundo, quais as emoções e experiências que carregam consigo. Este será o primeiro passo em direção a um cuidar mais humano. Vejamos que, ao ser realizado uma visão mais introspetiva, a perceção do profissional de saúde sobre o sofrimento sentido pelo doente, poderá também ele se modificar. A ocorrência da morte não constitui o cerne do problema, mas sobretudo a forma como se lida com a chegada desse momento, característicos de algum desespero e abandono, exacerbado, maioritariamente, pelos outros.[335]

Nas palavras Elizabeth Kübler-Ross: "Morrer se torna um ato solitário e impessoal porque o paciente não raro é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência. Qualquer um que tenha estado muito doente e necessitado de repouso e conforto se lembrará de ter sido posto numa maca sob o som estridente da sirene, e da corrida desenfreada até se abrirem os portões do hospital. (...) É provável também que devêssemos dar mais atenção ao paciente sob os lençóis e cobertores, pôr talvez um ponto final em nossa bem intencionada eficiência e correr para segurar a mão do paciente, sorrir ou prestar atenção numa pergunta."[336]

Neste pequeno excerto, a autora ressalva a face desumanizadora que a eficiência médica poderá adotar, uma vez que, ao existir um foco apenas no tratamento da doença, deixasse, à margem, a atenção devida ao ser humano, por trás do doente. E, algo simples como "segurar a mão do paciente" ou oferecer-lhe um sorriso, podem proporcionar maior conforto ou um sentimento de conexão. Noutros termos, esta reflexão propõe-nos a valorizar mais as dimensões emocionais e humanas do cuidado, especialmente em momentos mais vulneráveis, como é a morte, para que os doentes não se sintam, de alguma forma, isolados e despersonalizados.

---

[334] BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula; BRASILEIRO, Jenucy Espíndula – O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Ciências Médicas* [Em linha] Vol. 26, n.º 2 (2017) p. 90 [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n2a3582>

[335] BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula; BRASILEIRO, Jenucy Espíndula – O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Ciências Médicas* [Em linha] Vol. 26, n.º 2 (2017) p. 90 [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n2a3582>

[336] KÜBLER-ROSS, Elizabeth – Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes [Em linha] 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 20 [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod_resource/content/1/Texto base.pdf>

Ademais: “Vivemos numa sociedade onde predomina o homem da massa, em detrimento do homem como indivíduo. (...) Problemas legais, morais, éticos e psicológicos serão postos diante das gerações presente e futura, que decidirão questões de vida e morte em número cada vez maior. (...)Embora todo homem, por seus próprios meios, tente adiar o encontro com estes problemas e estas perguntas enquanto não for forçado a enfrentá-los, só será capaz de mudar as coisas quando começar a refletir sobre a própria morte, o que não pode ser feito no nível de massa, o que não pode ser feito por computadores, o que deve ser feito por todo ser humano individualmente.”[337]

Daqui resulta, uma certa desvalorização do “homem enquanto indivíduo”. Atualmente, dá-se primazia ao “homem da massa”, ou seja, percecionado numa visão coletiva, do que ao individuo em si mesmo. Neste sentido, será confrontado com questões cada vez mais complexas e, em especial, à cerca da reflexão sobre a morte, será um processo que o sujeito deverá realizar de forma mais intima e pessoal, sem intervenções coletivas ou informatizadas.

Na realidade, o medo da morte origina-se no momento da sua espera, visto que, uma vez presente, a possibilidade de qualquer tipo de sensação é impossível. A morte representa a total “privação de sensação” e temê-la em vida, perde o seu sentido. Se em vida, a morte não existe, no momento da morte, somos nós que deixaremos de existir.[338]

[337] KÜBLER-ROSS, Elizabeth – Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes [Em linha] 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 29 [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod_resource/content/1/Texto base.pdf>

[338] BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula; BRASILEIRO, Jenucy Espíndula – O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Ciências Médicas* [Em linha] Vol. 26, n.º 2 (2017) p. 87 [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n2a3582>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da eutanásia, abordada ao longo deste estudo, demonstra a complexidade que o tema eleva. Na berlinda da discussão argumentativa, foram exaltados vários direitos fundamentais importantes, entre os quais se destaca: o direito à vida; o direito à dignidade humana e o direito à autodeterminação do indivíduo, especialmente, no que tange à autonomia sobre as decisões que adota sobre o seu próprio corpo, em situação de doença incurável e sofrimento intenso.

Noutros termos, a eutanásia dá aso a uma reconfiguração das nossas conceções morais, éticas e legais e desafia os limites da autonomia humana, ao colocar o individuo enquanto único responsável pelas suas decisões, incluindo a decisão de pôr termo à sua vida.

Neste sentido, o acompanhamento médico será não só necessário, como imprescindível nas decisões a ser adotadas pelos doentes, uma vez que uma decisão válida estará baseada na informação disponibilizada pelo médico e, por sua vez, da compreensão do doente sobre as implicações médicas em causa. As decisões adotadas pelo individuo são da sua total discricionariedade, cabe ao próprio realizar aquilo que considera melhor para si, de acordo com as suas convicções morais, éticas ou religiosas, mas tendo sempre por base fundamentos médicos que sustentem a sua decisão.

Foi possível também, através de uma breve análise de direito comparado, compreender os níveis de permissibilidade da prática da eutanásia, existindo cada vez mais abertura para a sua discussão. Bélgica destacar-se-á das restantes, por permitir não só a eutanásia em adultos, como em crianças. De exaltar ainda, a recente despenalização da morte medicamente assistida em Portugal e à qual foi dado maior destaque.

Com a análise da discussão trazida a cabo sobre a morte medicamente assistida, antes da concretização da Lei n.º 22/2023, constata-se uma realidade à cerca da prática de cuidados paliativos.

Foi possível perceber uma mudança de perspetiva a respeito dos cuidados paliativos. Inicialmente, considerar-se-ia descabido efetivar a prática da eutanásia, quando a estrutura de cuidados paliativos era ainda tão frágil e pouco eficaz na missão a que se proponha concretizar. Em Portugal, os cuidados paliativos debatem-se com várias dificuldades ao nível do acesso aos mesmos e, querer legalizar a eutanásia, quando problemas desta natureza ainda não foram resolvidos, parecia descabido e precipitado.

Perante a possibilidade de recorrer-se à eutanásia, como forma de rasurar o sofrimento agonizante do doente terminal, a medicina a contradiz, expondo a falta de "jurisdição ética" deste ato e, sobretudo, num ato que consubstancia na "destruição de uma vida humana". [339]

Nesta perspetiva, quando não fosse possível a aplicação de mais de nenhuma terapêutica eficaz na resolução da patologia médica do doente, a via alternativa era a medicina paliativa.

Dito isto, a viragem ocorre, após ser constatado a inviabilidade do recurso à medicina dita "tradicional" e, igualmente, do recurso aos cuidados paliativos. Estes meios de atuação não permitem a eficácia em casos extremos, de doença incurável. Assim sendo, conjetura-se a possibilidade de legalizar a eutanásia, em nome da relevância empregue à autonomia do doente, sem que com isso, haja alterações na proteção máxima da vida humana, a que o estado se propõe salvaguardar.

A respeito também, da avaliação do sofrimento sentido pelo doente, não estaremos em condições de o apurar factualmente. A subjetividade que contorna esta dimensão não nos permitirá determinar com exatidão a dor e sofrimento que o doente padece, quando aquilo que o atinge poderá e irá, certamente, ultrapassar a mera dimensão corpórea. Admite-se a intransponibilidade desta dimensão, que só o indivíduo poderá verdadeiramente conhecer.

No presente estudo, trataremos, outrossim, de apreender a questão da eutanásia em menores. Neste domínio, o principal contra-argumento na realização de eutanásia em crianças passa pela constatação da sua falta de maturidade e discernimento, tendo em conta, a seriedade de uma decisão destas. Ainda assim, haverá países que o permitem, como é o caso da Holanda e da Bélgica. No geral, a tendência conduz para a aplicação dos cuidados paliativos pediátricos.

Por outro lado, quanto à realização da eutanásia em casos de doentes do foro mental, através da bibliografia pesquisada, concluímos que, apesar do médico psiquiatra ter um papel importante no diagnostico de patologias mentais e na resolução de problemas desse espectro, que desencadeiam no desejo da morte, haverá um estudo que contraria que a presença de um transtorno mental adultere a capacidade deliberativa do doente. O foco está em analisar o contexto no qual determinada decisão é adotada e perceber se, em última instância, o indivíduo é capaz de tomar uma decisão consciente e ponderada, ciente das alternativas que possui e das consequências que poderão advir.

[339] Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 11/CNECV/95 ("Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final de Vida") Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cnecv-95>

Finalmente, quanto à enigmática questão sobre a finitude humana, terminámos com a certeza de que o temor pela morte não constitui fundamento ou merecimento de preocupação nas nossas vidas. A morte é integra a nossa vida e reconhecer a sua existência abrirá não só caminho para a procura de uma vida com maior sentido ou significado, como também despertará para a necessidade de maior humanização nos cuidados de saúde prestados. Aceitar a morte antecipada do doente, não desonra o ato médico, mas desperta para a necessidade de dignificar o indivíduo não só em vida, como na sua morte.

Em última instância, espera-se com a presente dissertação, contribuir para uma sociedade mais empática e consciente, em que se reconhece a importância ao último capítulo das vidas humanas, a morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEJAS, Abel García e DUARTE, Cristina – *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel: Edições Técnicas, 2021.

Acórdão do Tribunal Constitucional, de 12 de Abril de 2021, proc. n.º 173/2021, Relator: Conselheiro Pedro Machete. [Consult. em 16 julho de 2024] Disponível em: <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html >

Acórdão do Tribunal Constitucional, de 30 de Janeiro de 2023, proc. n.º 5/2023, Relator: Conselheira Maria Benedita Urbano, pp. 45 e 46 [Consult. em 18 de julho de 2024] Disponível em:
<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c32595338334e7a4e6d4e6d49324e6931684d474d304c54526d4d4759744f5455334d6930784e6d55785a574d314d54677a596a55756347526d&fich=773f6b66-a0c4-4f0f-9572-16e1ec5183b5.pdf&Inline=true>

ANDORNO, Roberto – Nonphysician-assisted suicide in Switzerland. *Cambridge Quarterly of Health-care Ethics* [em linha] (2013) [Consult. 22 Fev. 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0963180113000054>

ANDRADE, André Gustavo Corrêa de – O princípio fundamental da dignidade humana e sua concretização judicial. *Revista da EMERJ* [Em linha] Vol. 6, n.º 23 (2003) [Consult. em 15 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista23/revista23_316.pdf>

ARRIBAS, Brais – *Sobre a eutanásia – Quando decidir que uma morte é vital*. Galiza: Associaçom Galega da Língua, 2018.

Assembleia da República – "Debate sobre a morte medicamente assistida", disponível em: <https://www.parlamento.pt/Paginas/2018/maio/MorteAssistida.aspx >

Assembleia da República – "Texto Final e relatório da discussão e votação na especialidade dos Projetos de Lei n.ºs 5/XV71.ª (BE), 74/XV/1.ª (OS), 83/XV/1.ª (PAN) e 111/XV/1.ª (IL)", Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a793944543030764d554e425130524d5279394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c3259554e7662576c7a633246764c7a6b7a4d7a5a694e44426a4c5446694d5463744e4755334d5330354e6a41784c5459335a4445315a6a526b597a6c6a4f4335775a47593d&fich=9336b40c-1b17-4e71-9601-67d15f4dc9c8.pdf&Inline=true>

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Eutanásia e Suicídio Assistido [Em linha] Lisboa: Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar – DILP [Coleção Temas, 60] Disponível em: <https://ficheiros.parlamento.pt>

Assembleia da República – Petição N.º 103/XIII/1 "Solicitam a despenalização da morte assistida", disponível em: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePeticao.aspx?BID=12783>
Assembleia da Republica – Petição N.º 250/XIII/2 "Toda a Vida tem Dignidade", disponível em: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePeticao.aspx?BID=12931>

BARBOSA RODRIGUES, Luís – *Manual de Direitos Fundamentais e de Direitos Humanos*. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa, 2021.

BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – *Manual de cuidados paliativos.* Lisboa: Centro de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.

Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/Bd_49th-en.pdf>

BELMONT REPORT (July 12, 1974) Disponível em: <https://www.hhs.gov/>

BESSA, Leonardo Roscoe; REIS, Milla Pereira Primo – Dano moral e dor: direito autônomo à integridade psíquica. *civilista.com* [Em linha] Vol. 9, n.º 1 (2020) [Consult. em 14 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/504>

BODIN DE MORAES, Maria Celina – O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. *in* SARLET, Ingo Wolfgang (Org.) – *Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula; BRASILEIRO, Jenucy Espíndula – O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Ciências Médicas* [Em linha] Vol. 26, n.º 2 (2017) [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n2a3582>

BROUWER, Marije – *At the boundaries of life: Suffering and decision-making in children with life-threatening conditions (1-12 years)* [Em linha] Groningen: University of Groningen, 2021. Thesis fully internal (DIV) [Consult. 21 de Maio de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.33612/diss.159020586>

CASSELL, Eric J. – The nature of suffering and the goals of medicine. *Loss, Grief & Care* [Em linha] Vol. 8, n.º 1-2 (1998) [Consult. em 2 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1300/J132v08n01_18>

CÉU, Beatriz – Nos últimos cinco anos, seis portugueses foram "morrer com dignidade" à Suíça. CNN Portugal (3/3/2023) [Consult. 23 Fev. 2023] Disponível em: <https://cnnportugal.iol.pt>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – "Declarações ao Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª(BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal", disponível em:

<https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219?download_document=9366&token=b9d51b829d3c975afcceefe7a03da990>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 101/CNECV/2018 ("Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª – Regula o acesso à morte medicamente assistida"), disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/101-cnecv-2018 >

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 109/CNECV/2020 ("Parecer N.º 109/CNECV/2020 sobre o Projeto de Lei n.º 104/XIV/1.ª (PS) Procede à 50.ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de eutanásia não punível") Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/109-cnecv-2020>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 11/CNECV/95 ("Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final de Vida") ("Preâmbulo") Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cnecv-95>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal"), disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219 >

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer 116/CNECV/2022 ("Parecer 116/CNECV/2022 sobre os Projetos de Lei n.º 5/XV/1ª (BE), n.º 74/XV/1ª (PS) e n.º 83/XV/1ª (PAN), que regulam as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e alteram o Código Penal"), disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/1655224219>

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOMEDICINA, disponível em: <https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>

COUTO, Diana Ferreira – A justiça penal relativamente ao bem jurídico "Vida Humana". *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Lusófona do Porto* [Em linha] Vol. 8, n.º 8 (2016) [Consult. em 19 de Dezembro de 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.46294/ulplr - rdulp.v8i8.5728>

CUMAN, Giulia – Euthanasia in Minors: A Care-Ethics Perspective. *Research in Pediatrics & Neonatology* [Em linha] Vol. 1, n.º 3 (2017) [Consult. 5 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://crimsonpublishers.com/rpn/pdf/RPN.000511.pdf>

DAN, Bernard, et. al – Self-request eutanásia for children in Belgium. *The Lancet*. [Em linha] Vol. 383, Issue 9918 (2014) [Consult. 22 de Maio de 2022] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60110-0>

DE FREITAS, André Guilherme Tavares – O direito à integridade física e a sua proteção penal. *Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro* [Em linha] N.º 59 (2016) [Consult. em 14 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1275172/Andre_Guilherme_Tavares_de_Freitas.pdf>
Decreto-Lei n.º 48/95 (Código Penal), de 15 de Março, disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

DEMBO, Justine; VEEN, Sisco van; WIDDERSHOVEN, Guy – The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *International Journal of Law and Psychiatry* [Em linha] Vol. 72 (2020) [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101627>

Diário da Assembleia da República – Decreto da Assembleia da República ("Mensagem do Presidente da República sobre a devolução, sem promulgação, do Decreto"), Série II-A, Número 48, disponível em: <https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2a/14/03/048/2021-11-30/1?pgs=2-4&org=PLC&plcdf=true>

Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 1 de Fevereiro de 2017, Série I, Número 45, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a576376524546535353394551564a4a51584a7864576c32627938794c734b714a5449775532567a63384f6a627955794d45786c5a326c7a6247463061585a684c3052425569314a4c5441304e5335775a47593d&fich=DAR-I-045.pdf&Inline=true>

Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 12 de Maio de 2023, Série I, Número 128, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c3168575447566e4c305242556b6b765245465353554679635856706460d38764d533743716955794d464e6c633350446f32386c4d6a424d5a5764706332786864476c325953394551564974535330784d6a67756347526d&fich=DAR-I-128.pdf&Inline=true >

Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 23 de Outubro de 2020, Série I, Número 17, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a566b786c5a79394551564a4a4c305242556b6c42636e463161585a764c7a497577716f6c4d6a42545a584e7a77364e764a5449775447566e61584e7359585270646d4576524546534c556b744d4445334c6e426b5a673d3d&fich=DAR-I-017.pdf&Inline=true>

Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 31 de Março de 2023, Série I, Número 109, disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c3168575447566e4c305242556b6b765245465353554679635856706460d38764d533743716955794d464e6c633350446f32386c4d6a424d5a576470633278

6864476c3259533945515649745353307784d446b756347526d&fich=DAR-I-109.pdf&Inline=true >

Diário da Assembleia da República – Reunião Plenária de 9 de Junho de 2022, Série I, Número 23, ("Sumário"), disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c3168575447566e4c305242556b6b765245465353554679635856706 46d38764d533743716955794d464e6c633350446f32386c4d6a424d5a576470633278 6864476c3259533945515649745353307746d6a4d756347526d&fich=DAR-I-023.pdf&Inline=true>

DWORKIN, Ronald – *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. 2ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – *Consentimento Informado: Relatório Final*. Porto, 2009.

FLORIANI, Ciro Augusto e SCHRAMM, Fermin Roland – Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Temas Livres: Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha] (2008) [Consult. em 20 Abril de 2024] disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900017>

FONTANA, Vanessa Furtado – Sartre: O Existencialismo Em Torno Da Morte. *Aufklärung: Journal of Philosophy* [Em linha] Vol. 7, n.º 3 (2020) [Consult. em 3 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.18012/arf.v7i3.55296>

FRADA, Manuel Carneiro da – O conceito de dignidade da pessoa humana - um mapa de navegação para o jurista. *Católica Law Review* [Em linha] Vol. 4, n.º 2 (2020) [Consult. em 3 de Novembro de 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/catolicalawreview.2020.9323>

GODINHO, Inês – *Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de comparticipação em direito penal* [Em linha] Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2013. Tese de Doutoramento em Direito, na especialidade de Ciências Jurídico-Criminais, [Consult. em 20 de Dezembro de 2023] Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/24541>

GOMES CANOTILHO, J.J; MOREIRA, Vital – *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4ª edição. Vol. I Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

GOMES, Carla Amado – Defesa da Saúde vs Liberdade Individual: casos da vida de um médico de saúde pública. *Instituto de Ciências Jurídico-Políticas* [Em linha] (1999) [Consult. em 16 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.icjp.pt/sites/default/files/media/289-133.pdf>

HAEKENS, An – "Euthanasia for Unbearable Psychological Suffering" *In* DEVOS, Timothy - *Euthanasia: Searching for the full story: Experiences and insights of Belgian doctors and nurses*, Springer Nature, 2021, disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-56795-8>

HANSON, Stephen S. – Pediatric Euthanasia and Palliative Care Can Work Together. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* [Em linha] Vol. 33, n.º 5 (2015). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909115570999>

HORTA, Palis Márcio – Eutanásia-Problemas éticos da morte e do morrer. *Revista Bioética* [em linha] Vol. 7, n.º 1 (2009) [Consult. de 2022] Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/21>

JANUÁRIO, Rui; FIGUEIRA, André – *O Crime de Homicídio a Pedido - Eutanásia, Direito a morrer ou dever de viver*. Lisboa: Quid Juris?., 2009

JERÓNIMO, Patrícia – "O recurso ao princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência multicultural do Tribunal Constitucional Português" *In* A. Sofia Pinto Oliveira e Patrícia Jerónimo (coord.) – *Liberum Amicorum Benedita Mac Crorie*, Braga, Uminho Editora, 2022, disponível em: <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.105.18>

JÓLLUSKIN, Gloria – O consentimento informado na prática clínica: aspectos bioéticos da relação entre o profissional e o utente dos serviços de saúde. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde [Em linha] N.º 7 (2010) [Consult. em 10 de Janeiro de 2024] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/3000>

JÓLLUSKIN, Gloria; TOLDY, Teresa – Autonomia e Consentimento Informado: Um Exercício de Cidadania?. *ANTROPOlógicas* [Em linha] N.º 12 (2011) [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/view/1036>

JURAMENTO DE HIPÓCRATES, disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Juramento_de_Hipócrates.pdf>

KÜBLER-ROSS, Elizabeth – Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes [Em linha] 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996. [Consult. em 15 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod_resource/content/1/Texto base.pdf>

L.C. PONTE, Ana Carolina Silva e PAIS-RIBEIRO, José Luís – O bem-estar do doente seguido em cuidados paliativos: Perspetiva da tríade doente-família-profissionais de saúde. *Revista Cuidados Paliativos* [Em linha] Vol. 2, N.º 2 (2015) [Consult. em 14 de Fevereiro de 2024] Disponível em: <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>

Lei n.º 21/2014, de 16 de Abril ("Aprova a lei da investigação científica"), disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-56927694>

Lei n.º 22/2023 ("Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal"), de 25 de maio, disponível em:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>

Lei n.º 25/2012, de 12 de julho ("Regula as Diretivas as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de

saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV))", disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>

Lei n.º 31/2018, de 18 de julho ("Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida"), disponível em: < https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2917&tabela=leis&ficha=1>

Lei n.º 32/2006, de 26 de julho ("Procriação medicamente assistida") disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/32/2006/07/26/p/dre/pt/html>

Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro ("Lei de Bases dos Cuidados Paliativos"), disponível em: < https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>

Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro – Base 2 ("Direitos e deveres das pessoas") disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanásia, disponível em: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

LIMA, Meiriany Arruda e MANCHOLA-CASTILLO, Camilo – Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao "bem morrer". *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 29, N.º 2 (2021) [Consult. em 14 de Fevereiro de 2024] disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>

LOPES DE BRITO, António José dos Santos; LOPES RIJO, José Manuel Subtil – *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*. Coimbra: Almedina, 2000

MAC CRORIE, Benedita – O recurso ao princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência do Tribunal Constitucional *In Estudos em Comemoração do Décimo Aniversário da Licenciatura em Direito da Universidade do Minho*. Coimbra: Almedina, 2003 (151-174).

MAC CRORIE, Benedita – Os limites da renúncia a direitos fundamentais nas relações entre particulares: algumas notas. *In* FIGUEIRAS, Claúdia Sofia Melo (coord.), et. al - *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor António Cândido de Oliveira*. Livraria Almedina, 2017 (141-150).

MACEDO, J.C Gama Martins – *Educar para a Morte: Uma abordagem a partir de Elizabeth Kübler-Ross*. Coimbra: Edições Almedina, 2011.

MACEDO, João Carlos Gama Martins – "A morte adiada" *In* CURADO, Manuel; OLIVEIRA, Nuno (org.) – *Pessoas Transparentes: Questões Actuais de Bioética*, Coimbra, Edições Almedina S.A., 2010, disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/88462>

MARTINS, Maria Manuela Brito – Da reflexão filosófica sobre a morte à questão da eutanásia. *Humanística e Teologia* [Em linha]. Vol. 38, n.º 1 (2017 [Consult. 20 Maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.2017.9373>

MARTINS, Maria Manuela Brito – Da reflexão filosófica sobre a morte à questão da eutanásia. *Humanística e Teologia* [Em linha] Vol. 38, n.º 1 (2017) [Consult. em 2 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.2017.9373>

MCCORMACK, Ruaidhrí; FLÉCHAIS, Rémy – The Role of Psychiatrists and Mental Disorder in Assisted Dying Practices Around the World: A Review of the Legislation and Official Reports. *Psychosomatics* [Em linha] Vol. 53, n.º 4 (2012) [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psym.2012.03.005>

MESSETTI, Paulo André Stein; DALLARI, Dalmo Abreu – Dignidade humana à luz da Constituição, dos Direitos Humanos e da biotética. *Journal of Human Growth and Development* [Em linha] Vol. 28, n.º 3 (2018) [Consult. 3 de Jun. 2022] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152176>

NEVES, Maria do Céu Patrão – Capítulo I — Disposições gerais. Artigo 2.º - Primado do Ser Humano. In *Direitos do homem e biomedicina.* Lisboa: Universidade Católica Editora, 2003 (p.27-44).

NEVES, Maria Patrão – Alocação de Recursos em Saúde: Considerações Éticas. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 7, n.º 2 (2009) [Consult. em 16 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/307>

NEVES, Maria Patrão – O sentido da morte na vida dos homens. *Centros de Estudos de Bioética* [Em linha] Vol. 12 (1996) [Consult. em 3 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/O_sentido_da_morte.pdf>

NOVAIS, Jorge Reis – *A dignidade da pessoa humana: dignidade e inconstitucionalidade*. Vol. II. Coimbra: Almedina, 2016.

NOVAIS, Jorge Reis e FREITAS, Tiago Fidalgo de – *A Dignidade da Pessoa Humana na Justiça Constitucional*. Coimbra: Edições Almedina, 2018.

NUNES, Lucia; MADEIRA, Luis Duarte; SILVA, Sandra Horta e – Suicídio Ajudado e Eutanásia [Morte Provocada a Pedido] – Terminologia e Sistemática de Argumentos (Working Paper). *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* [Em linha] (2018) (Atualização janeiro 2020) [Consult. em 2 Agosto de 2024] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/publicacoes/estudos-tematicos/suicidio-ajudado-e-eutanasia-wp>

NUNES, RUI - Parecer N.º P/35/APB/19 sobre a Proposta de Alteração da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho (Regula as Diretivas as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital - RENTEV). *Associação Portuguesa de Bioética* [Em linha] (2019) [Consult. em 12 Maio de 2024], disponível em: <https://upbioetica.org/publicacoes/>

NUNES, Rui – A vida humana: início e termo. *Humanística e Teologia* [Em linha] Vol. 17, n.º 3 (1996) [Consult. em 19 de Dezembro de 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.1996.5943>

NUNES, Rui – Consentimento informado. *Arquivos da Academia Nacional de Medicina em Portugal* [Em linha] (2014) [Consult. em 10 de Janeiro de 2024] Disponível em: <https://academianacionalmedicina.pt/>

NUNES, Rui – Testamento Vital. *Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto* [Em linha] Vol.XXI, N.º 4 (2012) [Consult. em 12 Maio de 2024] Disponível: <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1421/1/v21n1a10.pdf>

OLIVEIRA JUNIOR, Eudes Quintino de; OLIVEIRA, Euder Quintino de; QUINTINO DE OLIVEIRA, Pedro Bellentani – Autonomia da vontade do paciente X autonomia profissional do médico. *JOURNAL OF CARDIAC ARRHYTHMIAS* [Em linha] Vol. 26, n.º 2 (2013) [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.jca.org.br/jca/article/view/2483>

OLIVEIRA, Guilherme de – <<O fim da arte silenciosa >> *Revista de Legislação e de Jurisprudência* [Em linha] N.º 3852 (1999) [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://www.guilhermedeoliveira.pt/>

OLIVEIRA, Guilherme de – *Temas de Direito de Medicina*. Coimbra: Coimbra Editora, 2ªedição, 2005.

Ordem dos Médicos - Parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica ("Soluções médicas para o fim de vida" e "Projetos de lei de suicídio assistido e de eutanásia"), disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/05/Informação_CNEDM16-Eutanásia_CNEDM.pdf>

OSSWALD, Walter – *Sobre a Morte e o Morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013

OTERO, Paulo – *Eutanásia, Constituição e Deontologia Médica*. 1ª ed. Lisboa: AAFDL Editora. 2020

Parecer N.º 59 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (59/CNECV/2010) ("Parecer sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade"), disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-sobre-os-projectos-de-lei-relativos-as-declaracoes-antec>

Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida (11/CNECV/95) do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da vida, disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cnecv-95>

PATTO, Pedro Vaz – A eutanásia em face da Constituição Portuguesa. *Direito e Justiça* [em linha] Vol. 16, nº 2 (2002) [Consult. 22 Fev. 2023] Disponível em: <https://doi.org/10.34632/direitoejustica.2002.16.2>

PEIXOTO, José Adão – Sócrates, a Filosofia e a Questão da Morte. *Fragmentos de Cultura* [Em linha] Vol. 20, n.º 9/10 (2010) [Consult. em 2 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/1642/1036>

PEREIRA, André Gonçalo Dias – Responsabilidade médica e consentimento informado. Ónus da prova e nexo de causalidade. Conferência apresentada no Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa Especial de Macau. República Popular da China (2008) [Consult. em 20 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/>

PESSINI, Leo – Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 18, N.º 3 (2010) [Consult. em 25 de Abril de 2024] disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/584>

PLMJ – O Testamento Vital: Nota Informativa (2012) [Consult. em 27 de Abril de 2024], disponível em: <https://www.plmj.com/pt/conhecimento/notas-informativas/O-Testamento-Vital/12635/>

RAMIÃO, Ruben – Uma Breve Reflexão sobre a Eutanásia. *Instituto de Ciências Jurídico Políticas/Centro de Investigação de Direito Público* [Em linha] (2020) [Consult. em 23 de Novembro de 2022] Disponível em: <http://icjp.pt/publicacoes/papers/4>

RAPOSO, Vera Lúcia – Diretivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida. *Revista do Ministério Público* [Em linha] (2011) [Consult. em 3 de Junho de 2024], disponível em: <https://rmp.smmp.pt/directivas-antecipadas-de-vontade-em-busca-da-lei-perdida/>

RAPOSO, Vera Lúcia – No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* [Em linha] ANO XXII, N.º 24 (2013) [Consult. em 20 de Maio de 2024], disponível em: < https://www.apadac.net/publica_revista>

"Reapreciação do Decreto n.º 23/XV – Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal (Propostas de Alteração PS, IL, BE e PAN)" Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c32595338334f44517759324a6c4e6930345a4751344c54517a4f545574595449334d5330794e4449304f474e684d6a466c4e3249756347526d&fich=7840cbe6-8dd8-4391-a271-24248ca21e7b.pdf&Inline=true>

Recomendação N.º 3/CNECV/2022 sobre o Processo de Consentimento Informado em menores de idade: requisitos ético-jurídicos. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [Em linha] (2022) [Consult. em 20 de Fevereiro de 2024] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/recomendacao-sobre-o-processo-de>

REGULAMENTO (UE) 2016/679 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, de 27 de Abril, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, disponível em: <https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis&so_miolo=>

Regulamento n.º 707/2016 ("Regulamento de Deontologia Médica"), 21 de julho de 2016, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>

RIETJENS, Judith A.C, et al. – Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. *Journal of bioethical inquiry* [Em linha] Vol. 6, n.º 3 (2009) [Consult. 21 de Maio de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11673-009-9172-3>

RIJO, Diogo – Eutanásia: Existirão vários tipos?. *Revista Portuguesa de Cirurgia cardio-torácica e vascular* [Em linha] (2018) [Consult. de 2022] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/29347>

RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes – Responsabilidade Civil por Erro Médico: Esclarecimento/Consentimento do Doente. *Data Venia* [Em linha] Ano 1, n.º 1 (2012) [Consult. em 19 de Outubro de 2023] Disponível em: <http://www.datavenia.pt/edicoes/68-edicao01>

ROMERO, Inês *et al.* – "Desprescrever" nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. *Revista Medicina Interna* [Em linha] Vol.25, N.º 1 (2018) [Consult. em 20 de Abril de 2024] disponível em: < https://doi.org/10.24950/rspmi/Revisao/139/1/2018>

SAAD, Toni C. – Euthanasia in Belgium: legal, historical and political review. *Issues in law & medicine* [Em linha]. Vol. 32, n.º 2 (2017) [Consult. 21 de Maio de 2022]. Disponível em:

SANTOS, Laura Ferreira dos – Hoje não posso, é o dia que o meu pai escolheu para morrer. A morte voluntária assistida na cultura ocidental do século XXI. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades* [Em linha] (2017) [Consult. 22 de Mar. de 2022]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/8621>

SASSI, Ana Paula Zappellini - Suicídio Assistido Em Portugal: a transcendência do direito à saúde com base no princípio da morte digna e na autonomia individual. *Saúde Ética & Justiça* [em linha] Vol.25, nº 2 (2020) [Consult. 23 Fev. 2023] Disponível: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v25i2p34-46>

SCOPETTI, Matteo [et.al] – Assisted Suicide and Euthanasia in Mental Disorders: Ethical Positions in the Debate between Proportionality, Dignity, and the Right to Die. *Healthcare* [Em linha] Vol. 11, n.º 10 (2023) [Consult. em 10 de Agosto de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare11101470>

SERRANO RUIZ- CALDERÓN, José Miguel - La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas. *Cuadernos de Bioética* [Em linha]. Vol. XVIII, nº1 (2007) [Consult. 22 de Novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506201>

SILVA, Adriana Campos; REZENDE, Daniela – A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira De Estudos Políticos* [Em linha] Vol. 115 (2017) [Consult. em 17 de Outubro de 2023] Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514>

SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui – Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. *Revista Bioética* [Em linha] Vol. 23, n.º 3 (2015) [Consult. em 7 de Agosto de 2024] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233084>

SILVA, Miguel Oliveira da – *Eutanásia, Suicídio Ajudado, Barrigas de Aluguer*. Lisboa: Editorial Caminho, 2017.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland – Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha] Vol. 9, n.º 1 (2004) [Consult. em 4 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013499004>

Sítio Oficial de Informação da Presidência da República Portuguesa – "Presidente da República promulga Decreto da Assembleia da República sobre a morte medicamente assistida" [Consult. em 20 de julho de 2024] Disponível em: <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2023/05/presidente-da-republica-promulga-decreto-da-assembleia-da-republica-sobre-a-morte-medicamente-assistida/>

TABET, Livia; GARRAFA, Volnei – Fim da vida: morte e eutanásia. *Revista Brasileira de Bioética* [Em linha] Vol. 12 (2016) [Consult. em 4 de Setembro de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rbb.v12i0.7674 >

"Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act" (2002), disponível em: <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/>

TWYCROSS, Robert – *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores, 2003.

UNICEF – Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos [Em linha] Comité Português para UNICEF: edição revista, 2019. (Art.º 3, n.º 1). Disponível em: <https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf>

VASCONCELOS, Maria João e SANTOS, Margarida – Algumas questões e perspetivas em torno da eutanásia *In Liber Amicorum* Benedita Mac Crorie Volume II, Braga: UMinho Editora, 2022 (pp. 193-204), disponível em: <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.105>

VELASCO SANZ, Tamara Raquel, et al - Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of medical ethics* [Em linha] (2021) [Consult. 22 de Novembro de 2022] Disponível em: <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>