



DEPARTAMENTO DE DIREITO
MESTRADO EM DIREITO
ESPECIALIDADE EM CIÊNCIAS JURÍDICAS
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA
OS ASPECTOS JURÍDICOS DA TUTELA DA PERSONALIDADE NA
EUTANÁSIA E NO SUICÍDIO ASSISTIDO

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Direito

Autor: Danilo Blanco Vieira

Orientadora: Professora Doutora Constança Urbano de Sousa

Número do candidato: 20151875

Outubro de 2024

Lisboa

À Manuela e Daniel, meus filhos, por serem luz na minha vida, razão de tudo que sou, tudo que faço e tudo que tenho.

À Juliane, minha esposa, por todo companheirismo, dedicação e apoio nessa jornada.

À minha família, Pai, Mãe e meu irmão, que sempre foram e são alicerces e suporte.

Espero deixar-vos orgulhosos.

Para todos os enfermos, que padecem de doenças graves e incuráveis, mas, ainda assim, mantêm a esperança de que possam terminar a vida de forma digna, tendo sua vontade acolhida, através de morte medicamente assistida.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado é o culminar de uma etapa importante na minha vida pessoal e académica. Não obstante ser, sem dúvida, resultado de um esforço pessoal, fruto de um processo solitário, sua concretização conta com o apoio e a contribuição de inúmeras pessoas. Por isso, é fundamental agradecer a todos que, de alguma forma, fizeram parte dessa história e auxiliaram nessa jornada.

De início, é imperioso reconhecer a importância da minha família, minha esposa Juliane, meus filhos Manuela e Daniel, meus pais, José e Silma, e meu irmão, Thiago. Eles são merecedores do meu agradecimento por todo suporte, incentivo, colaboração e estímulo.

À minha orientadora, Professora Doutora Constança Urbano de Sousa, por ter aceitado ser a minha orientadora, exercendo esse ofício com tanto zelo e proficiência, transmitindo ideias sábias e inspiradoras, além de inúmeros materiais de apoio para o que resultaram neste trabalho. Foi uma honra ser um dos seus orientandos.

Agradeço também à Universidade Autónoma de Lisboa, em particular ao Departamento de Direito e todo seu corpo académico.

A todos os professores e docentes pelos conhecimentos compartilhados e contribuição durante todo esse percurso académico.

Aos colegas da Turma 9, pelo companheirismo, debates e discussões aprofundadas sobre temas significativos e valorosos para nós aplicadores do Direito, e, também, pelos momentos de descontração e amizade, em terras lusitanas.

Todos são merecedores do nosso reconhecimento e respeitosa reverência.

RESUMO

O debate sobre a morte medicamente assistida mergulha em considerações metafísicas sobre o propósito da vida, entrelaçadas com convicções filosóficas, éticas, morais e religiosas. A morte sempre foi um assunto sensível, especialmente quando envolve uma aparente escolha entre a morte e a vida, ou a legalização da eutanásia e do suicídio assistido. Mesmo com avanços na medicina, a morte permanece inevitável, fazendo parte da condição humana. Reconhecer a morte como parte natural da vida permite encará-la com serenidade, aproveitando cada momento ao máximo.

A vida é mais do que uma questão biológica; é uma construção biográfica que envolve experiências, escolhas e convicções. Nossa história pessoal, memórias, interações sociais e desenvolvimento pessoal moldam quem somos. Portanto, a morte medicamente assistida, seja por eutanásia ou suicídio assistido, levanta questões não apenas de saúde, mas também de autonomia e autodeterminação pessoal.

A legislação sobre a morte medicamente assistida precisa equilibrar a proteção da vida com o respeito à autonomia individual. O princípio da autonomia da vontade e da autodeterminação pessoal emerge como fundamentais para garantir que cada pessoa tenha o direito de decidir sobre o fim de sua vida. No entanto, a regulamentação deve garantir que as decisões sejam claras, ponderadas e livremente consentidas.

Em muitos países, a morte medicamente assistida tem sido legalizada, reconhecendo o direito fundamental à morte autodeterminada. Na Europa, países como os do Benelux e a Espanha estabeleceram legislação específica. Decisões judiciais em países como Áustria, Itália, Alemanha, Canadá e Colômbia também enfatizaram o direito à morte digna e controlada.

Em Portugal, o processo de aprovação da legislação sobre a morte medicamente assistida tem sido complexo e enfrentado obstáculos. Embora a Lei 22/2023, de 25 de maio, represente um avanço no reconhecimento dos direitos individuais à autonomia e à liberdade, seu futuro no Parlamento é incerto devido a mudanças políticas e contestações legais. No entanto, a regulamentação cuidadosa pode garantir que o acesso à morte medicamente assistida seja uma opção para aqueles que desejam uma morte digna e controlada.

Palavras-chave: Morte medicamenta assistida, Eutanásia, Suicídio Assistido, Autodeterminação pessoal.

ABSTRACT

The debate on medically assisted death delves into metaphysical considerations about the purpose of life, intertwined with philosophical, ethical, moral, and religious convictions. Death has always been a sensitive issue, especially when it involves an apparent choice between life and death, or the legalization of euthanasia and assisted suicide. Even with advances in medicine, death remains inevitable, part of the human condition. Recognizing death as a natural part of life allows us to face it with serenity, making the most of every moment.

Life is more than a biological question; it is a biographical construction involving experiences, choices, and convictions. Our personal history, memories, social interactions, and personal development shape who we are. Therefore, medically assisted death, whether euthanasia or assisted suicide, raises questions not only of health but also of autonomy and personal self-determination.

Legislation on medically assisted death needs to balance the protection of life with respect for individual autonomy. The principle of autonomy of will and personal self-determination emerges as fundamental to ensuring that each person has the right to decide about the end of their life. However, regulation must ensure that decisions are clear, considered, and freely consented to.

In many countries, medically assisted death has been legalized, recognizing the fundamental right to self-determined death. In Europe, countries like those in the Benelux and Spain have established specific legislation. Judicial decisions in countries such as Austria, Italy, Germany, Canada, and Colombia have also emphasized the right to a dignified and controlled death.

In Portugal, the process of approving legislation on medically assisted death has been complex and faced obstacles. Although Law 22/2023, of May 25, represents progress in recognizing individual rights to autonomy and freedom, its future in Parliament is uncertain due to political changes and legal challenges. However, careful regulation can ensure that access to medically assisted death is an option for those who desire a dignified and controlled death.

Keywords: Medically assisted death, Euthanasia, Assisted Suicide, Personal Self-Determination

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
-----------------	---

1.	VIDA E MORTE	9
1.1.	O bem jurídico: vida.....	10
1.2.	A sacralidade da vida	11
1.3.	O fim da vida – Morte	12
2.	EUTANÁSIA E O SUICÍDIO ASSISTIDO.....	15
2.1.	Evolução histórica	15
2.2.	Definições.....	19
2.3.	Espécies	21
2.3.1.	Eutanásia ativa.....	21
2.3.1.1.	Eutanásia ativa direta	21
2.3.1.2.	Eutanásia ativa indireta	22
2.3.2.	Eutanásia passiva.....	23
2.3.2.1.	Eutanásia passiva consensual	24
2.3.2.2.	Eutanásia passiva não consensual	24
2.3.3.	Ortotanásia, Distanásia e tratamentos ordinários e extraordinários	25
2.3.4.	Outros tipos de eutanásia.....	28
2.4.	Requisitos	30
2.4.1.	Doença grave e incurável	30
2.4.2.	Dor insuportável ou sofrimento intolerável	31
2.4.3.	Consentimento e o pedido	34
2.4.4.	Atuação de profissionais de saúde	37
3.	DIREITOS FUNDAMENTAIS	38
3.1.	Do Direito à vida	38
3.1.1.	Vida biológica e vida biográfica	41
3.2.	Princípios Constitucionais.....	42
3.2.1.	Dignidade da Pessoa Humana	43
3.2.1.1.	A dignidade como princípio constitucional supremo.....	44
3.2.1.2.	Morte Digna	47
3.2.2.	Autonomia da vontade	48
3.2.2.1.	Noções de autonomia	48
3.2.2.2.	Relevância do princípio da autonomia privada do doente	50
3.3.	Diretivas antecipadas de vontade	52
3.4.	Direito a uma morte medicamente assistida? Argumentos contrários.	54
4.	EUTÁNASIA NO MUNDO – SÍNTESE LEGISLATIVA	61
4.1.	Holanda	61
4.2.	Bélgica.....	63

4.3.	Luxemburgo	65
4.4.	Suíça	67
4.5.	Espanha	68
4.6.	Alemanha	69
4.7.	Áustria	71
4.8.	Itália.....	72
4.9.	Canadá.....	75
4.10.	Estados Unidos da América	76
4.11.	Austrália	77
4.12.	Colômbia	79
4.13.	Nova Zelândia	80
5.	A EUTANÁSIA EM PORTUGAL.....	82
5.1.	A Lei da Eutanásia: uma saga atribulada	82
5.2.	Acórdão n.º 123/2021, do Tribunal Constitucional.....	86
5.2.1.	Do Decreto n.º 109/XIV	86
5.2.2.	Delimitação do objeto de apreciação	88
5.2.3.	Da fundamentação jurídica e da decisão: constitucionalidade ou não da não punibilidade da antecipação da morte medicamente assistida.	91
5.3.	Acórdão n.º 5/2023, do Tribunal Constitucional.....	98
5.3.1.	Do Decreto n.º 23/XV	98
5.3.2.	Delimitação do objeto de apreciação	99
5.3.3.	Da fundamentação jurídica e da decisão.	100
5.4.	Lei n.º 22/2023, de 25 de maio.....	104
5.5.	Lei da Eutanásia: um futuro incerto?	106
	CONCLUSÃO.....	109
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

INTRODUÇÃO

O tema da morte medicamente assistida é evidentemente sensível, dada a sua complexidade e importância, inclusive diante das recentes discussões no âmbito político-legislativo na Assembleia da República e de outros países, com inovações importantes no direito comparado.

Os avanços na ciência e na medicina permitem hoje em dia estender a vida além das expectativas anteriores, contribuindo para um aumento contínuo na esperança de vida, resultando em vidas mais longas e saudáveis. Segundo dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), relativamente ao triênio 2021-2023, Portugal apresenta uma esperança média de vida de 84,75 anos¹, um valor considerável que continua a aumentar.

Embora seja verdade que as pessoas estejam a viver mais tempo, é inegável que a morte continua a ser inevitável. Apesar dos progressos na medicina, muitas doenças permanecem incuráveis e o envelhecimento, o declínio e a morte fazem parte da experiência humana.

No entanto, embora a finitude da vida seja uma certeza, parece haver um certo receio na nossa sociedade em discutir o tema. Esse desconforto é sentido até mesmo entre os profissionais de saúde, que muitas vezes têm pouca formação em questões relacionadas com o final da vida². Todavia, é crucial discutir abertamente questões relacionadas com a terminalidade da vida, sem tabus. Devemos encarar a morte como uma parte natural da vida, pois só assim podemos preparar-nos para ela, em vez de sermos apanhados de surpresa.

A tecnologia avançada na medicina moderna, ao prolongar a vida, traz consigo novos desafios, como a necessidade de estabelecer critérios para uma boa prática clínica na fase final da vida e o debate sobre a morte medicamente assistida, que levanta questões sobre a quantidade versus qualidade de vida.

Em síntese, a morte medicamente assistida consiste na antecipação da morte a pedido de um paciente com doença grave e incurável, que experimenta sofrimento intenso. Esse processo, que pode ocorrer por meio da eutanásia ou do suicídio assistido, envolve a administração de medicamentos letais sob condições estritamente regulamentadas. Na primeira hipótese (eutanásia), o medicamento letal é administrado por um médico, e na segunda (suicídio

¹ Dados obtidos no Instituto Nacional de Estatística de Portugal [Em linha]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594932669&DESTAQUESmodo=2 [Consult. em 19-03-2024]

² ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019. p. 112/113

assistido), o próprio enfermo autoadministra o medicamento letal, sob a orientação e supervisão de um profissional da saúde.

Acreditamos que, tanto os pacientes que estão ponderando a possibilidade de optar pela morte medicamente assistida, quanto os médicos que a realizam, têm como objetivo primordial aliviar o sofrimento, especialmente quando o paciente se encontra em uma condição clínica irreversível. Portanto, quando esses pacientes solicitam a morte medicamente assistida, estão basicamente fazendo uma escolha entre duas maneiras de encerrar suas vidas.: uma morte digna e uma morte causada pela doença, que inevitavelmente resultará em sofrimento. Os pacientes entendem claramente qual é o destino que os espera e estão buscando uma maneira de terminar sua vida com dignidade.

Portanto, torna-se evidente que não se trata de uma simples escolha entre viver ou morrer, pois, nos casos em questão, a própria noção de vida já não corresponde ao ideal que as pessoas normalmente associam a ela. Isso nos leva a questionar: o que realmente significa viver? Devemos limitar a definição de vida apenas ao aspecto biológico? A vida é realmente um bem indisponível?

Nesse sentido, no presente estudo, propõe-se aprofundar o debate sobre a despenalização das práticas de morte medicamente assistida, ou antecipação da morte, percorrendo a seara do direito constitucional, do direito civil, em especial a tutela da personalidade da pessoa humana, além das questões filosóficas, teológicas, éticas e hermenêuticas, a fim de cotejar os discursos e argumentos favoráveis e contrários acerca da antecipação da morte medicamente assistida.

No contexto do direito comparado, a questão da morte medicamente assistida tem sido central nos debates contemporâneos sobre os direitos fundamentais. Em diversos ordenamentos jurídicos, observa-se uma crescente convergência em torno do reconhecimento de um direito fundamental à autodeterminação no fim da vida, que se insere no âmbito dos direitos à autonomia e à dignidade da pessoa humana.

Portanto, o direito fundamental à autodeterminação na morte emerge como uma expressão e exercício da liberdade pessoal, embora haja um amplo campo para considerações práticas em relação a outros direitos e valores fundamentais, especialmente a vida humana, cuja inviolabilidade é consagrada pelo artigo 24.º, n.º 1 da Constituição da República Portuguesa.

Ademais, no âmbito do ordenamento jurídico de Portugal, desde 2015, tem-se apresentado iniciativas legislativas sobre a morte medicamente assistida. Contudo, apesar da aprovação da lei 22/2023, de 25 de maio, a odisseia legislativa parece não ter ao fim.

Nesse panorama, a presente dissertação de mestrado empregará uma abordagem metodológica que combina métodos dedutivos e dialéticos. Esses métodos permitirão uma

análise profunda e crítica do tema em questão, permitindo a exploração de diferentes perspectivas e a identificação de padrões subjacentes. No que diz respeito aos procedimentos, serão adotados métodos históricos e comparativos para contextualizar e analisar as mudanças ao longo do tempo e as diferenças entre sistemas jurídicos de diversos países. A fundamentação da dissertação será construída principalmente por meio de técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, com foco especial na legislação e justificativas legislativas pertinentes ao tema, bem como a jurisprudência dos Tribunais Constitucionais, garantindo, assim, uma pesquisa abrangente e atualizada.

Portanto, a presente investigação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo dedica-se a uma reflexão sobre os conceitos de vida e morte, bem como à importância da vida como bem jurídico constitucionalmente tutelado. O segundo capítulo aborda a morte medicamente assistida, mediante prática da eutanásia e do suicídio assistido, explorando suas diferentes classificações, o desenvolvimento histórico e as principais controvérsias. O terceiro capítulo analisa os direitos fundamentais em jogo, com destaque para o direito à vida, a dignidade, a autonomia e autodeterminação pessoal, bem como faz uma ponderação entre os bens e princípios, constitucionalmente protegidos, postos em conflito. O quarto capítulo apresenta um panorama comparativo da legislação sobre a morte medicamente assistida em diferentes países. Por fim, o quinto capítulo analisa a evolução da discussão sobre o tema em Portugal, com foco nas propostas legislativas e nas decisões do Tribunal Constitucional.

1. VIDA E MORTE

Quando se traz à tona o tema da antecipação voluntária da morte, ou a morte medicamente assistida (eutanásia ou suicídio assistido), invariavelmente surge a discussão sobre os conceitos da vida e da morte, assim como o direito individual e coletivo sobre esses bens juridicamente protegidos.

Nesse sentido, torna-se necessário esclarecer e discorrer sobre as questões fundadas no conceito de vida, como bem maior, previsto e protegido pelos ordenamentos jurídicos, assim como a morte, como finitude, no contexto da decisão pessoal de antecipação da morte.

A vida humana, normalmente, segue um curso natural, começando com a concepção, caminhando para o nascimento e a infância, prosseguindo pela adolescência e vida adulta, atingindo sua maturidade, em uma vida ativa e realizada, que concretiza o ciclo de vida completo, culminando em um fim natural e esperado. Não obstante, a vida pode ser frustrada por uma morte prematura, sejam ela natural ou intencional.

Sobre as convicções de como viver e quando morrer, Ronald Dworkin³ explica que é necessário:

“(...) compreendermos melhor porque algumas pessoas querem permanecer biologicamente vivas enquanto puderem fazê-lo, inclusive em circunstâncias terríveis e outras, nas mesmas condições, insistem em morrer tão logo lhes seja possível. Esses dois desejos parecem incompreensíveis se tentarmos entendê-los como reflexos das opiniões das pessoas sobre a relativa adversidade de experiências futuras, pois não faz sentido perguntar se é pior estar permanentemente inconsciente, em estado de total demência ou morto. Devemos, antes, nos perguntar sobre o significado retrospectivo da morte ou da diminuição da vida sobre o modo como a derradeira etapa da vida afeta seu caráter geral. Compreendemos como uma vida pode ser mais agradável, saborosa e cheia de realizações do que outra. Mas a sugestão de que um período de inconsciência ou demência antes da morte pode tornar essa vida pior, em termos gerais, do que se a morte tivesse ocorrido antes, introduz um tipo bem diferente de critério para se avaliar a vida; se esta é avaliada não apenas em termos do cômputo de prazer, desfrute ou realizações, mas em termos mais estruturais, como quando julgamos uma obra literária, por exemplo, cujo final adverso compromete tudo o que veio antes.”

Dworkin também apresenta uma reflexão sobre a relatividade do valor da vida, a depender de “tipo” de pessoa, levando-se em consideração a idade, qualidade de vida, etc.. Nesse sentido, admitimos que uma morte prematura de um jovem é sensivelmente mais trágica e pesada que a morte de uma pessoa velha. Assim, colocamos em questão o direito à vida

³ DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais** (*Life's Dominion*) / Ronald Dworkin ; tradução Jefferson Luiz Camargo ; revisão da tradução Silvana Vieira. – 2ª ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009, p. 36.

relativamente a diferentes tipos de pessoas e quão relativa é a perversidade de escolher ou priorizar a vida de um em detrimento da de outros. São juízos de valor que inegavelmente são feitos em todo o mundo. Muitas vezes os médicos precisam decidir e priorizar a aplicação de recursos para os mais jovens em detrimentos aos mais velhos. Nesse diapasão, surge a questão de avaliação da qualidade de vida, ou seja, o que levar em consideração na ponderação em direitos e interesses, por exemplo, entre um jovem trabalhador e um jovem assassino? Destarte, vale questionar se existe equidade na valoração da vida entre os humanos? ⁴

Noutra perspectiva, sob o aspecto jurídico-constitucional, a definição sobre o começo e o fim da vida revelam controvérsias na doutrina atual. Em relação ao início da vida, a delimitação do âmbito de proteção do direito à vida é preponderante, diante de temas como aborto e proteção do embrião. Por outro lado, com relação ao fim da vida, problemas relativos ao momento da morte ou à renúncia ao direito à vida com resultado morte, nas hipóteses de eutanásia, suicídio, recusa de tratamentos médicos, greve de fome, etc..

1.1. O bem jurídico: vida

A vida humana, enquanto bem jurídico supremo e direito fundamental prioritário, é protegida por um regime de proteção abrangente, inclusive sendo resguardada a sua proteção em todos os ordenamentos jurídicos ocidentais. Em verdade, o direito à vida é fundamento para todos os outros direitos, não podendo ser desprezado ou afastado em qualquer hipótese.

Dessa forma, a proteção à vida humana se consolida na efetividade de dois princípios fundamentais: o valor intrínseco da vida e sua inviolabilidade. Nesse sentido, importa reconhecer que a vida, por si só, já possui um valor intrínseco, não podendo ser quantificável ou qualificável. A inviolabilidade da vida, por sua vez, estabelece um limite intransponível à ação humana, impondo ao Estado o dever de garantir a proteção absoluta desse bem fundamental. Nesse contexto, a função estatal consiste em: “(a) não poder dispor da vida das pessoas, a qualquer título que seja; (b) [a] obrigação de proteger a vida das pessoas contra os ataques ou ameaças de terceiros; (c) [o] dever de abster-se de acções ou da utilização de meios que criem perigo desnecessário ou desproporcionado para a vida das pessoas.”⁵

O bem jurídico vida encontra-se regulamentado no art. 24º, nº 1 da CRP, enquanto premissa para o exercício dos demais direitos fundamentais. Na seara internacional, o art. 3º da

⁴ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*, p. 118/119

⁵ CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital – **Constituição da República Portuguesa Anotada**. Vol. I. – 1. ed. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; Coimbra, PT: Coimbra Editora, 2007. Pág. 448.

Declaração Universal dos Direitos Humanos⁶, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, consagrou o direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal para todos os indivíduos.

Além da previsão constitucional, a tutela da vida encontra vinculação direta e imediata na ordem penal, haja vista a sua essencialidade, cuja proteção é exigida pela ordem jurídica global. A proteção penal impõe a abstenção de ataques à vida perpetrado por terceiros ou pelo Estado, por qualquer forma ou meio. Sendo a vida inviolável, cabe ao Estado garantir a integridade da vida humana. Entretanto, podemos encontrar situações que se permite afirmar que a inviolabilidade da vida humana não é absoluta, como no caso da legítima defesa.

Outrossim, no ordenamento jurídico português, não há uma previsão sobre o dever de viver, haja vista que, por exemplo, o Código Penal não criminaliza a tentativa de suicídio. Ninguém pode ser processado criminalmente por tentar suicidar. Nesse contexto, em relação ao seu titular, o direito à vida não é absoluto, sendo assegurado à pessoa a possibilidade de escolha sobre a sua vida, ainda que tenha como consequência a morte, como no caso de recusa a tratamentos médicos.

Enfim, com corolário da ordem legal, a bem jurídico vida, garantido constitucionalmente como valor fundamental, e condição para todos os outros direitos, merece especial proteção, dada sua essencialidade, como corolário da ordem jurídica como um todo.

1.2. A sacralidade da vida

A vida humana tem um valor intrínseco e inato, sendo sagrada em si mesma, em qualquer estágio, forma ou estado. Assim, o caráter sagrado da vida é inerente a vida biológica, independente se o indivíduo tenha movimento, sensação, interesse ou direitos próprios.

Nesse sentido, a corrente “pró-vida” sustenta que a vida é uma graça divina e a antecipação da morte é um assassinato, um homicídio ou uma agressão à santidade da vida humana.

Segundo a Igreja Católica, na Carta Encíclica *Evangelium Vitae* do Papa João Paulo II⁷, sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana “a eutanásia deve designar-se uma falsa compaixão, ante uma preocupante ‘perversão’ da mesma: a verdadeira ‘compaixão’, de facto,

⁶ HUMANOS, D. U. D. D. (2015). **Declaração universal dos direitos humanos** [Em linha]. Disponível em https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. [Consult. em 12-03-2024]

⁷ PAULO II, J. O. ã. O. Papa. *Evangelium Vitae. Carta encíclica sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana* [Em linha]. N. 66, de 25 de março de 1995. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. [Consult. em 12-03-2024]

torna solidário com a dor alheia, não suprime aquele de quem não se pode suportar o sofrimento. E mais perverso ainda se manifesta o gesto da eutanásia, quando é realizado por aqueles que — como os parentes — deveriam assistir com paciência e amor o seu familiar, ou por quantos — como os médicos —, pela sua específica profissão, deveriam tratar o doente, inclusive nas condições terminais mais penosas”.

Dessa forma, a crença de que a vida humana, em qualquer estado, tem um valor intrínseco e sagrado, tem sustentado as razões para que muitas pessoas se posicionem radicalmente contra a eutanásia e o suicídio assistido, vendo-o como pecado ou uma iniquidade, sem ponderar, que as pessoas possuem direitos e interesses privados, que devem ser respeitados de igual modo como de qualquer outro cidadão.

Sobre a santidade da vida humana, Dworkin⁸ esclarece que “as tradições religiosas que predominam no Ocidente insistem em que Deus criou a humanidade ‘à Sua própria imagem’, que cada ser humano individual é uma representação, e não apenas um produto, de um criador divino, e as pessoas que aceitam esse artigo de fé irão pensar, compreensivelmente, que cada ser humano - e não só a espécie como um todo – é uma obra-prima da criação. Uma forma secular da mesma ideia, que atribui a obra-prima à natureza e não a Deus, é também um dos pilares de nossa cultura – a imagem do ser humano como o mais grandioso produto da criação natural (...). É assim, e de outras maneiras, que a ideia de que os seres humanos são especiais entre as criações especiais da natureza é apresentada para explicar por que é horrível que mesmo uma única vida humana seja eliminada.”

Dessa forma, a ideia de que cada vida humana é inviolável tem suas raízes no sagrado, muitas vezes denominado no “milagre” da criação sagrada, da reprodução humana, inclusive, protegido desde o embrião mais imaturo.

1.3. O fim da vida – Morte

O homem é um cadáver adiado! - Fernando Pessoa.⁹

A morte é o que temos de mais certo. Toda e qualquer vida findar-se-á, um dia, com advento da morte. No entanto, apesar dessa certeza, nota-se uma aversão sobre o tema morte,

⁸ DWORKIN, *Op. Cit.*, p. 114.

⁹ PESSOA, Fernando. **Mensagem**. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1934 (Lisboa: Ática, 10ª ed. 1972). Nota: Trecho adaptado do poema Quinta: D. Sebastião, Rei de Portugal.

sempre permeada por múltiplos tabus, temores e incertezas, persistindo o costume de evitar intervenções e debates relacionados às múltiplas implicações da morte.

É certo que a maioria das pessoas teme a morte, ao invés de encará-la como algo natural. Entretanto, entendemos que é necessário um olhar diferente sobre a morte, visto que o momento de morrer chegará, sendo importante estar preparado para que o culminar da existência terrena seja uma “boa morte”.

Ressalte-se que as questões sobre a finitude da vida sempre foram ambíguas, desde os primórdios da civilização. No antigo Egito, o fenecimento não era considerado o repouso final, mas sim a passagem para uma nova vida. Inclusive, os registros arqueológicos demonstram que os egípcios faziam pinturas e desenhos em sarcófagos com a finalidade de instruir a alma dos falecidos na jornada para o reino de Osíris, o Deus da morte. Os egípcios também deixavam papiros ao lado das múmias, os chamados Livro dos mortos (ou Livro de sair para a luz), com fórmulas, preces e recomendações diversas destinadas a auxiliar os mortos na jornada para uma nova dimensão existencial.

Na mitologia grega a preocupação com a morte se revela através dos escritos de Esopo sobre Eros e Psique, Hipnos e Tanatos, representando, respectivamente, o amor e a alma, o sono (uma espécie de morte) e a morte. Além disso, os gregos consideravam Hades o Deus do submundo e rei dos mortos. Referindo-se aos gregos, inevitável trazer os ensinamentos de Sócrates, através de PLATÃO *in Fédon*, segundo o qual o propósito da filosofia era descobrir o significado da vida em relação à morte e entender a natureza da alma e que o filósofo verdadeiro era o que praticava a arte do morrer o tempo inteiro. A arte de morrer, de acordo com as argumentações de Sócrates, nada mais era que aceitar a morte como a separação da alma (a qual continua a existir) do corpo (o qual cessa de existir). Para Sócrates, portanto, não havia nada trágico sobre a morte e as pessoas deveriam morrer em uma atitude de reverência, agradecimento e paz, com paciência e aceitação¹⁰.

Na Idade Média, por volta do ano 400 e continuando por mais de 100 anos, as pessoas, na Europa Ocidental, compartilhavam a visão de universo como uma ligação entre o natural e a Lei Divina. O domínio da vida humana passou a ser interpretado como prerrogativa exclusiva de Deus, inclusive, a esperança de vida após a morte. Diante da inexistência de tratamento e os precários conhecimentos das ciências médicas, os doentes e enfermos eram considerados moribundos, com a certeza da sua morte. O fim da vida era considerado sinônimo de morte física, cabendo à Igreja assegurar a ressurreição no retorno apocalítico de Cristo.

¹⁰ PLATÃO. *Fédon: diálogo sobre a alma e morte de Sócrates* [Em linha]. São Paulo: Martin Claret - 1ª ed., 2004. Disponível em <https://geha.paginas.ufsc.br/files/2016/03/Plat%C3%A3o-cole%C3%A7%C3%A3o-os-pensadores-1973.pdf>. [Consult. em 12-03-2024]

Por sua vez, na Idade Contemporânea, com as transformações na vida cultural e intelectual surge um novo conceito social de morte. A revolução industrial, o Iluminismo, as grandes descobertas de cientistas e exploradores e a nova sabedoria popular começou a eclodir novas perspectivas sobre a morte e o pós-vida. A morte deixou de ser algo vinculado apenas ao sagrado, convergindo para um declínio da visão religiosa e a ascensão do modelo científico. No entanto, a nova visão sobre a morte e a forma de morrer não afastou o medo de morrer, ao contrário.

Na atualidade, o fenômeno morte ainda permanece envolto por receios e incompreensões. Nos últimos anos, temos assistido a indescritíveis progressos da Medicina no que diz respeito à preservação da vida humana, garantindo uma vida melhor e mais longa para as pessoas. No entanto, a prolongação da vida, em alguns casos, tem se tornado um problema, haja vista a obstinação terapêutica e a adoção de medidas desproporcionais à realidade do paciente, apenas estendendo sua agonia e o sofrimento, diante de um processo irreversível de morte.

Noutros termos, importante registrar que a morte é entendida como a cessação da vida física ou mental, ou seja, a cessação total e permanente de todas as funções ou ações vitais de um organismo. Sua determinação escapa ao direito, cabendo à medicina sua constatação, embora alguns textos legais, sobretudo ou atinentes aos transplantes, aportem alguns critérios¹¹. Atualmente, morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral, competindo a um médico a sua verificação.

Portanto, é necessária uma ressignificação da morte, considerando como um processo natural do ciclo da vida, e não como um fracasso, por muitas vezes silenciada, evitada ou ocultada. Com o envelhecimento progressivo e gradual da população e o avanço de tratamentos para pacientes terminais, é imprescindível o desenvolvimento de mecanismos de proteção jurídica em relação a morte e os direitos individuais.

¹¹ VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. 2º ed. São Paulo: Jurídica Brasileira, 2003. p. 86.

2. EUTANÁSIA E O SUICÍDIO ASSISTIDO

2.1. Evolução histórica

A eutanásia, ou a morte voluntária, de uma pessoa que sofre de uma doença incurável e dolorosa, não é uma prática recente, tendo indícios de sua prática desde as primeiras civilizações. Maria Helena Diniz¹², em sua obra “O Estado Atual do Biodireito”, esclarece:

“Entre os povos primitivos era admitido o direito de matar doentes e velhos, mediante rituais desumanos. O povo espartano, por exemplo, arremessava idosos e recém-nascidos deformados do alto do Monte Taijeto. Em Atenas, o Senado ordenava a eliminação de ancião doentes, ministrando-lhes veneno (*conium maculatum*) em banquetes especiais. Já houve até mesmo quem afirmasse que os guardas judeus tinham o hábito de oferecer aos crucificados o vinho da morte ou vinho *Moriam*, contendo substância causadora de um sono profundo e prolongado, para que não mais sentissem as terríveis dores e caíssem em letargia, passando insensivelmente à morte. Os brâmanes eliminavam recém-nascidos defeituosos, por considerá-los imprestáveis aos interesses comunitários. Na Índia, lançavam no Ganges os incuráveis, mas antes lhe vedava, a boca e as narinas com lama sagrada. Na Birmânia enterravam-se, com vida, idosos e doentes graves. Na Antiguidade romana, Cícero afirmava (*De Legibus*, III, 8, 19) que era dever do pai matar filho disforme, e César, ao colocar seu polegar para abaixo, autorizava a eutanásia, concedendo ao gladiador um modo de escapar da desonra e da morte com grande agonia. Os povos nômades das regiões rurais da América do Sul, para evitar que ancião, ou enfermo, sofresse ataque de animais, matavam-no. Os celtas matavam crianças disformes, velhos inválidos e doentes incuráveis. No Japão, outrora, o filho primogênito tinha o ônus de abandonar pais idosos e doentes na Colina da Morte, onde acabavam falecendo. Na era medieval, entregava-se ao soldado mortalmente ferido o punhal da misericórdia para que, com ele, se suicidasse, evitando um prolongado sofrimento ou que viesse a cair em poder do inimigo, mas, nesse caso, não vislumbramos eutanásia ativa alguma, mas sim induzimento ao suicídio. O povo esquimó ainda tem o costume de deixar doentes e idosos sobre o gelo, abandonando-os à sua sorte, até que a morte chegue.”

Durante o Império Romano, o filósofo estoico Sêneca (Séc. I D.C.), já admitia a morte voluntária em determinadas circunstâncias. As cartas 70¹³, (“Sobre o momento adequado para fazer a derradeira viagem”) e 78¹⁴ (Sobre o Poder Curativo da Mente) de Sêneca a Lucílio, inseridas nas *Espitulae morales ad Lucilium*, defende o direito a determinar o tempo da própria morte. Na carta 70, Sêneca afirma que “o sábio viverá o tempo que for necessário, não tanto quanto puder”, refletindo sempre sobre a qualidade, e não sobre a quantidade, de sua vida.

¹² DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito. Direito à morte digna**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2018, p. 522.

¹³ SÊNECA, Lucius Annaei. **Lettere a Lucilio. O oitavo livro das epístolas morais de L. Annaei a Lucilius** [Em linha]. The Latin Library. Disponível em <https://www.thelatinlibrary.com/sen/seneca.ep8.shtml>. [Consult. em 12-03-2024]

¹⁴ *Idem*.

Ainda, continua indagando: “Devo aguardar a crueldade da doença ou do homem, quando eu posso partir em meio à tortura e livrar-me de meus problemas? (...) A humanidade está bem situada, porque nenhum homem é infeliz, exceto por sua própria culpa. Viva, se assim desejar; se não, você pode retornar ao lugar de onde veio.” Acima de tudo, Seneca enfatiza a questão do melhor modo de viver a vida e a morte, podendo ser traduzida no sentido de viver e morrer com dignidade¹⁵.

Nesse sentido, concordamos com Laura Ferreira dos Santos quando afirma que “o lema moderno de uma morte com dignidade não é, portanto, uma ‘moda’, como querem fazer crer alguns detratores da morte voluntária, mas uma exigência pelo menos tão antiga quanto Sêneca”¹⁶.

Seguindo sobre o pensamento dos filósofos da antiguidade, Platão defendia que o Estado tinha primazia sobre os cidadãos, o que era bom para o Estado era bom para o indivíduo, relacionando o valor da vida ao desempenho nas atividades laborais. Assim, Platão, citado por Cooper, “não fazia qualquer referência a consultar os desejos do paciente, mas apenas à qualidade real, objetiva, da sua vida futura, caso fosse prolongada”¹⁷.

Na perspectiva de Aristóteles, atentar contra a sua vida é censurável, haja vista se tratar de um ato contrário à natureza. Afirma, ainda, que “morrer para escapar da pobreza, ou por amor, ou por qualquer coisa que seja dolorosa, não é a marca de um homem corajoso, mas de um covarde; pois demonstra debilidade fugir do que é perturbador, e tal homem, submete-se à morte, não porque é algo nobre, mas para fugir do mal”¹⁸.

Com a avanço do cristianismo no Império Romano, marcado pelo autoritarismo que reprimia o pensamento individual e divergente, a eutanásia passou a ser considerada uma violação da santidade da vida. Durante a Idade Média, a eutanásia era vista como pecado e severamente punida.

Durante o século XVII, a questão da eutanásia foi tema de debate entre filósofos, líderes religiosos e médicos. Alguns pensadores proeminentes da época, como Francis Bacon (1561-1626), na sua obra *The Proficiency and Advancement of Learning Divine and Human*, defendia a importância de favorecer uma boa morte, proporcionando uma passagem simples e fácil.

¹⁵ SANTOS, Laura Ferreira dos. **A Morte Assistida e Outras Questões de Fim-de-Vida**. Coimbra: Almedina, 2015. p. 121

¹⁶ SANTOS, Laura Ferreira dos. *Op. cit*, p. 121

¹⁷ PLATÃO apud COOPER, John. *Greek Philosophers on Euthanasia and Suicide* apud SANTOS, Laura Ferreira dos. *Op. cit*, p. 105.

¹⁸ ARISTÓTELES apud CARRICK, Paul (1995). *Medical Ethics in Antiquity. Philosophical Perspectives on Abortion and Euthanasia* apud SANTOS, Laura Ferreira dos. *Op. cit*, p. 105.

Na Inglaterra, o médico Thomas Browne (1605-1682) escreveu em sua obra "*Religio Medici*" que "não há homem tão insensato que não saiba o que é a morte, nem outro que afete tanto a ignorância a ponto de desejar viver". Browne argumentou que era mais humano permitir que alguém morresse com dignidade do que submetê-lo a um sofrimento prolongado. No entanto, a Igreja da Inglaterra se opôs fortemente à eutanásia, considerando-a uma violação da santidade da vida, sendo pouco praticada, inclusive pelo conhecimento médico-científico da época.

O século XVIII, marcado pelas grandes revoluções e o surgimento do Iluminismo, o debate sobre o suicídio e a eutanásia avançaram, trazendo argumentos em defesa de sua prática. Alguns filósofos e intelectuais públicos, como Voltaire e, especialmente, David Hume, manifestaram a favor da antecipação da morte, como uma decisão individual de cada ser.¹⁹

O debate sobre a eutanásia continuou no século XIX, à medida que a tecnologia médica avançava e a questão dos cuidados de fim de vida se tornava cada vez mais premente. No entanto, não foi até o século XX que a questão ganhou atenção generalizada e levou a mudanças nas leis e práticas médicas em todo o mundo.

Gabriel Centenaro²⁰, citando Ian Robert Dowbiggin na sua obra *A concise history of euthanasia*, assevera:

"A história atual da eutanásia começa a se delinear no fim dos anos de 1800. Em 1872 Samuel D. Williams publica no *Essays by the members of the Birmingham Speculative Club* artigo defendendo que a eutanásia era um ato de homicídio piedoso, mais do que os cuidados paliativos; sustentou a hipocrisia da moral cristã que condena a eutanásia, mas matava jovens em guerras; criticou o uso do duplo efeito de drogas como a morfina, visto que não haveria diferença com a de matar um paciente propriamente dito; via no ato da eutanásia a maior prova de compaixão. Lionel Tollemache endossou os argumentos de Williams, embora tenha se posicionado mais sob um prisma de utilitarismo social, advogando que pessoas inúteis, doentes e infelizes deveriam buscar o suicídio assistido, eis que resultaria em maiores recursos para a sociedade produtiva. A reação a tais ideias veio da classe médica, que questionou até que ponto tais atos seriam, de fato, voluntários e não forçados pela sociedade desejosa de livrar deste peso."

Entretanto, as primeiras sociedades voltadas para defesa da eutanásia foram criadas no início do século XX. A primeira em 1935, na Inglaterra, a *Voluntary Euthanasia Legalization Society (VELS)*. E nos Estados Unidos em 1938 surge a *Euthanasia Society of America (ESA)*.

¹⁹ SMITH, W. J. *A Concise History of Euthanasia. First Things: A Monthly Journal of Religion & Public Life*, [s. l.], n. 165, p. 61–64, 2006. Disponível em: <https://b-on.ual.pt:2813/linkprocessor/plink?id=9545797a-8c51-353e-bd85-e869461fde6b>. [Consult. em 24-09-2024]

²⁰ CENTENARO, Gabriel Henrique Arnhold. *A eutanásia de incapazes*. 2021. Tese de Doutorado, apresentado à Universidade do Minho (polic.). p. 15. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/74181/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Gabriel%20Henrique%20Arnhold%20Centenaro.pdf>. [Consult. em 12-03-2024]

Estas associações tinham como propósito promover campanhas de educação sobre a eutanásia e manter uma coletânea de informações e conteúdo, com o fim de embasar a legalização das práticas de antecipação voluntária da morte. Todavia, apesar dos esforços, não lograram êxito.

Posteriormente, foram reveladas as atrocidades praticadas na Alemanha, durante Segunda Guerra Mundial, em que Adolf Hitler, determinou a criação de um Programa de Eutanásia (Eugênica), denominado Código T4 (“*Aktion T4*”), realizadas pelos médicos nazistas contra pessoas consideradas em condições indesejadas, promovendo-se a chamada limpeza social. Com efeito, o recente rastro da eugenia na Alemanha nazista, tem gerado muita preocupação e receio quanto à legalização da eutanásia.

Somente a partir da década de 1960, verifica-se uma retomada do debate sobre eutanásia, particularmente na Holanda, onde um grupo chamado *Associação Holandesa para a Eutanásia Voluntária* foi fundado em 1973.

Nos Estados Unidos, a questão da eutanásia ganhou atenção na década de 1970 com o caso de Karen Ann Quinlan, uma jovem que se encontrava em estado vegetativo persistente há mais de 10 (dez) anos. Seus pais travaram uma batalha legal para retirá-la do suporte de vida, o que acabou levando a uma decisão da Suprema Corte, em março de 1976, autorizando que os sistemas de suporte de vida fossem desconectados. Em 1994, o estado americano de Oregon, através de um referendo, legalizou o chamado “suicídio medicamente assistido” (“*physician-assisted suicide*”), que permite que pacientes terminais recebam medicamentos para acabar com suas vidas, não tendo, previsivelmente, mais do que seis meses de vida. A lei aprovada, *Oregon Death with Dignity Act*, refere-se apenas a “morrer de modo humano e digno”.

Outro caso significativo foi o do Dr. Jack Kevorkian, que ficou conhecido como "Dr. Morte" por sua defesa do suicídio assistido por médico. Kevorkian auxiliou pelo menos 48 pessoas a cometerem suicídio assistido ou eutanásia desde 1990 e acabou sendo condenado por assassinato em segundo grau.

A Holanda foi o primeiro país a legalizar a eutanásia em 2002. Na Europa, vários países seguiram o exemplo e legalizaram a eutanásia ou suicídio assistido, incluindo Bélgica, Luxemburgo e Suíça, bem como, em 2023, Portugal (apesar de ainda não regulamentado). No Canadá, a eutanásia e o suicídio assistido foram legalizados em 2016, com diretrizes rígidas que exigem que o paciente sofra de uma condição médica "grave e irremediável" que causa sofrimento duradouro e intolerável. Nos Estados Unidos, vários estados legalizaram o suicídio assistido por médico, incluindo Oregon, Washington, Vermont, Califórnia, Colorado, Havaí, Maine, Nova Jersey e Novo México. No entanto, continua ilegal no nível federal.

O debate sobre a eutanásia também se tornou cada vez mais complexo com o surgimento de novas tecnologias e tratamentos médicos, como a sedação paliativa, que envolve

o uso de medicamentos para induzir um estado semelhante ao coma em pacientes terminais para aliviar seu sofrimento. Isso levou a debates sobre a ética de diferentes formas de cuidados de fim de vida e o papel dos profissionais médicos na tomada de decisões sobre os cuidados de um paciente.

Apesar dos recentes esforços e propostas legislativas para despenalizar a prática e ajuda à morte medicamente assistida, o tema ainda se encontra vinculado e frequentemente analisado no domínio do direito penal.

À luz das experiências do direito comparado, baseado na recente jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal da Alemanha (*Bundesverfassungsgericht*) de 26 de fevereiro de 2020²¹ e da Corte Constitucional da Áustria (*Verfassungsgerichtshof*), de 11 de dezembro de 2020²², nota-se uma mudança na perspectiva, em especial na questão do auxílio ao suicídio ou do suicídio medicamente assistido, relevando a autonomia e a capacidade de autodeterminação, especialmente em relação ao fim da vida.

2.2. Definições

Em seu sentido etimológico, o termo eutanásia, proveniente do grego, decorre da junção dos vocábulos *eu* (bem/boa) e *thanatos* (morte), expressando a ideia de uma “boa morte”, ou “morte suave”, “morte tranquila”. Em sentido amplo, o conceito geralmente é utilizado para abranger as hipóteses associadas à morte assistida. Em sentido estrito, usualmente se emprega para definir situações de colaboração/provocação voluntária de um terceiro na morte de uma pessoa a seu pedido.

Desse modo, acompanhando Inês Fernandes Godinho assumimos a definição de eutanásia como uma “manifestação de uma autodeterminação no final da vida – em especial, a eutanásia activa directa – é o expoente máximo que define o limite da própria autodeterminação, ou seja, a autodeterminação sobre a morte”²³

Assim também foi o conceito elaborado por Roxin²⁴, corroborando o mesmo entendimento: “por eutanásia entende-se a ajuda que é prestada a uma pessoa gravemente

²¹ BVerfG, Judgment of the Second Senate of 26 February 2020 - **2 BvR 2347/15** [Em linha]. paras. 1-343. Disponível em https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715en.html [Consult. em 27-02-2023]

²² NATIONAL COURTS VERFASSUNGSGERICHTSHOF (Constitutional Court) Austria. **Case Law G 139/2019-71** (11/12/2020) [Em linha]. Disponível em <http://www.europeanrights.eu/index.php?lang=eng&funzione=S&op=2&id=7312> [Consult. em 27-02-2023]

²³ GODINHO, Inês Fernandes. **Eutanásia, Homicídio a Pedido da Vítima e os Problemas de Participação em Direito Penal**, 1ª ed., Coimbra Editora, 2015, p. 30.

²⁴ ROXIN, Claus. Tratamiento jurídico-penal de la eutanásia. **Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología** [Em linha]. Granada, n. 1, 1999. Disponível em: https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/44744/tratamiento_jur%20c3%aaddico_penal_roxin%20%28traducao%29.pdf. [Consult. em 27-02-2023]

doente, a seu pedido ou pelo menos em consideração à sua vontade presumida, no intuito de lhe possibilitar uma morte compatível com a sua concepção de dignidade”.

Noutra esteira, ainda mais abrangente, João Loureiro²⁵ define eutanásia como “o conjunto de acções (eutanásia activa) ou omissões (eutanásia passiva), praticadas por outrem que não o afectado, em regra por profissional(is) de saúde (máxime, médicos), visando provocar a morte, a seu pedido ou não, sendo esta conduta determinada pelo simples respeito da autonomia ou por, no caso, se verificarem determinadas indicações, tradicionalmente a dor ou o sofrimento, de moribundo ou de doente incurável”. Afastamos de tal definição, haja vista ser imprescindível, a nosso entender, a manifestação da vontade (do pedido) como forma de expressão da autonomia e autodeterminação.

Enfim, cumpre destacar que nem toda ajuda relativa à morte corresponde à eutanásia, cabendo conceituar adequadamente para delimitar os casos que podem ser incluídos em seu âmbito de aplicação. Dessa forma, três critérios merecem destaque, sem os quais não há que se cogitar hipóteses de eutanásia: a) se tratar de uma pessoa gravemente doente; b) por vontade e desejo do enfermo; e c) a fim de possibilitar uma “morte digna”.

Por sua vez, o suicídio assistido (ou ajuda ao suicídio) refere-se à situação em que um terceiro se limita a auxiliar a outra a cometer suicídio. Diferencia-se dos casos da eutanásia ativa pelo facto de que a pessoa não participa ou provoca diretamente da morte de outrem, limitando a contribuir para que a mesma consiga pôr termo à própria vida, por exemplo, fornecendo uma substância letal, que é autonomamente ingerida ou injetada pelo próprio suicida. Logo, a ajuda ao suicídio é a disponibilização de meios ao suicida para que ele possa levar a cabo o ato final.

Nesse sentido é a lição de Costa Andrade²⁶:

“Estão em causa duas incriminações [– o *Homicídio a pedido da vítima*, no que se refere à eutanásia ativa; e o *Incitamento e ajuda ao suicídio*, no caso do suicídio medicamente assistido –] em cuja área de protecção parece irrecusável a presença *inter alia* do propósito de prevenir o *perigo (abstrato)* de uma decisão apressada ou precipitada pelo termo da vida. Num caso e noutro sobra por isso problemática a punição do facto em situações concretas em que aquele perigo perde plausibilidade. Isto é, naquelas situações concretas em que – à vista da perda irreversível de sentido da continuação da vida, pela iminência irreversível da morte e pelo carácter incontrolável e insuportável do sofrimento – o exercício

²⁵ LOUREIRO, João Carlos. Os Rostos de Job: Tecnociência, Direito, Sofrimento e Vida. **Boletim da Faculdade de. Direito**, n.º 80, 2004 in GODINHO, Inês Fernandes, *Op. cit.*, p. 226.

²⁶ ANDRADE, Manuel da Costa. Comentário ao artigo 135.º in Dias, Jorge de Figueiredo Dias. **Comentário Conimbricense do Código Penal** [Em linha]. Tomo I, Parte Especial, 2.ª ed., Coimbra Editora, Coimbra, 2012, p. 139. Disponível em https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/content/reserved/ebook_html5/tc_acordaos_0110/40). [Consult. em 27-02-2023]

da autodeterminação no sentido de pôr termo à vida se afigura '*objetivamente razoável*'. Em termos tais que o respeito pela dignidade pessoal postula o respeito pela decisão compreensível do paciente.”

A diferença primordial entre as duas práticas refere-se ao domínio sobre o ato que, de forma imediata e irreversível, produz a morte. Desse modo, a distinção entre eutanásia e suicídio assistido assenta num elemento muito particular: aquele que detém o controle da ação e prática, efetivamente, do ato de antecipação da morte mediante a utilização (heteroadministração ou autoadministração, consoante o caso) da substância que vai causar a morte (fármacos letais).

Na eutanásia ativa, o profissional de saúde tem o controle direto sobre o ato de morrer, ou seja, o domínio da ação, administrando um medicamento letal ao paciente que solicitou a antecipação da morte. No suicídio assistido, o paciente mantém o controle e o domínio sobre a decisão final, mas precisa da assistência de um profissional para obter e administrar o medicamento que causará a morte.

2.3. Espécies

Estabelecidos os conceitos da eutanásia e da ajuda ao suicídio, é necessário diferenciar dois grandes tipos de eutanásia: a eutanásia ativa e a eutanásia passiva.

A eutanásia ativa difere da eutanásia passiva, fundamentalmente, porque a primeira pressupõe uma influência no processo da morte, ou seja, uma ação, e a segunda, por sua vez, uma omissão dolosa. Ainda, dentro da eutanásia ativa teremos de distinguir entre a eutanásia ativa direta e a indireta.

2.3.1. Eutanásia ativa

2.3.1.1. Eutanásia ativa direta

A eutanásia ativa direta, ou eutanásia em sentido estrito, compreende a ação praticada por uma pessoa destinada a provocar diretamente a morte de outra pessoa, a seu pedido. Em outras palavras, consiste na utilização ativa de processos que visam diretamente a morte ou encurtamento da vida do paciente, ou seja, uma conduta (ativa) que produz a morte ou apressa o fim da vida, como no caso da aplicação de uma injeção letal. Nesta hipótese, a intenção de praticar a morte é essencial, ou seja, o dolo com relação ao resultado morte.

Nas hipóteses em que a provocação da morte, mediante aplicação de um fármaco letal, é realizada sem o consentimento do enfermo, seja por não querer a morte (eutanásia

involuntária) ou por não compreender a implicação da ação (eutanásia não voluntária), configura crime de homicídio, punível nos termos do art. 131º (Homicídio simples), 132º (Homicídio qualificado) e 133º (Homicídio privilegiado) do Código Penal.²⁷

Ressalte-se que, a eutanásia pressupõe a manifestação livre e consciente da vontade do indivíduo. A ausência de consentimento, seja por incapacidade ou por oposição, afasta a conduta da esfera da eutanásia e a enquadra em outras tipologias penais, como o homicídio. O consentimento informado é fundamental para garantir o respeito à autonomia do indivíduo e o seu direito de decidir sobre a própria vida.

2.3.1.2. Eutanásia ativa indireta

Também conhecida como ortotanásia, refere-se às intervenções médicas que, embora se destinem a reduzir a dor do paciente, apresentam risco de provocar o encurtamento de sua vida. Consiste, portanto, numa intervenção que não visa diretamente o encurtamento da vida, mas, sim, atenuar o sofrimento, que poderá conduzir, como efeito colateral, a antecipação da morte do enfermo.

Sobre a eutanásia indireta, Roxin²⁸ explica:

“Fala-se de eutanásia indireta, quando são praticadas medidas lenitivas sobre o moribundo, apesar de poderem elas antecipar a ocorrência da morte. A permissão de uma tal eutanásia indireta é já há tempo reconhecida pela literatura e também pela praxis médica, apesar de várias questões ainda permanecerem controversas. O *Bundesgerichtshof*²⁹ decidiu em novembro de 1996 pela primeira vez neste sentido. Diz-se na ementa da decisão (BGHSt 42, 301): ‘Uma medicação lenitiva, necessária do ponto de vista terapêutico, em correspondência à vontade declarada ou presumida do paciente, não deixa de ser permitida em caso de morte, se a aceleração deste resultado surgir como efeito colateral não almejado, mas cujo risco foi assumido’. Em sentido análogo manifestam-se os ‘Princípios’ da Câmara Federal de Médicos: ‘No caso de pessoas que estão a morrer, o alívio da dor pode ser tão importante, que seja permitido aceitar uma diminuição da vida possivelmente inevitável’. Porém, mesmo que haja consenso a respeito de ser em princípio impunível a eutanásia indireta, permanecem controversos o fundamento desta solução, bem como seu alcance concreto.”

Neste caso, não existe a intenção de antecipar a morte, sendo exatamente a ausência do dolo que distingue a eutanásia ativa indireta da eutanásia ativa direta. Naquela, a intenção é aliviar a dor apesar dos riscos de abreviação da morte, enquanto nesta, o objetivo é a morte do paciente.

²⁷ GODINHO, Inês Fernandes, *Op. cit.*, p. 245-246.

²⁸ ROXIN, Claus. *Op. cit.*, p. 2.

²⁹ O Bundesgerichtshof (BGH) é o Tribunal Federal Alemão.

Compartilhamos do entendimento fundamentado na atipicidade nos casos de eutanásia ativa indireta. Nesse sentido, Figueiredo Dias³⁰ sustenta que “[e]xacto me parece ser que, considere-se ou não a actuação atenuante da dor e do sofrimento coberta pela *leges artis*, a finalidade que preside à actuação faz com que a conduta em causa não caiba no fim e no âmbito de proteção dos tipos incriminadores dos homicídios (...). Perante uma consideração global da situação, dos fins que presidem à actuação, da forma e do cuidado com que é levado a cabo, dos juízos comunitários que sobre ela recaem, devem afirmar-se que ainda nestes casos de ajuda à morte activa indireta, de acordo com a vontade real ou presumida do paciente (...), o sentido social da conduta conduz a que ela deva ser tida com atípica.”

Ora, não se pode admitir outro entendimento, primeiro, por se tratar de conduta médica através de administração de medicamentos atestados pelos órgãos de regulamentação e procedimentos comprovadamente eficazes para atenuar o sofrimento e, segundo, porque a maioria dos fármacos analgésicos pode provocar um encurtamento do tempo de vida do enfermo.

Ademais, a exclusão da punibilidade da eutanásia indireta resulta de uma ponderação, diante da vontade do paciente, em que o dever de estender a vida alheia o máximo de tempo possível cede lugar ao dever de diminuição do sofrimento alheio. Uma vida mais curta e sem dor pode ter mais valor do que uma vida longa e dolorosa.³¹

2.3.2. Eutanásia passiva

Entende-se por eutanásia passiva a omissão de uma pessoa (em regra um médico) em adotar medidas de prolongamento da vida de outra, o que irá invariavelmente provocar a sua morte.

Segundo Roxin³², “Fala-se em eutanásia passiva quando uma pessoa de confiança - em regra o médico e seus ajudantes, mas também, por ex., um parente - se omite em prolongar a vida que se aproxima de seu fim. É o caso de se renunciar a uma operação ou a um tratamento intensivo, capaz de possibilitar ao paciente uma vida mais longa”.

³⁰ DIAS, Jorge de Figueiredo. A «ajuda médica à morte»: uma consideração jurídico-penal *apud* GODINHO, Inês Fernandes, *Op. cit.*, p. 249-250

³¹ ROXIN, Claus. *Op. cit.*, p. 4. “Una vida algo más corta sin graves dolores puede ser más valiosa que otra no mucho más larga acompañada de un sufrimiento apenas soportable.”

³² Idem, p. 4.

No mesmo sentido, Helena Morão³³ assevera que a eutanásia passiva consiste na “omissão médica de meios idôneos para manter ou alongar a vida de um paciente, cujo fim está a chegar, daí resultando a sua morte antecipada”.

Nesta hipótese, denotam duas possibilidades com tratamentos jurídicos diversos: a omissão das medidas prolongadoras da vida pode ocorrer: por desejo do paciente (consensual) ou contra a sua vontade (não consensual).

2.3.2.1. Eutanásia passiva consensual

Neste caso a omissão ou suspensão de medidas prolongadoras da vida é feito por desejo do paciente. Em tais situações não haverá punibilidade, uma vez que não é permitido tratar um enfermo contra a sua vontade. É a situação, por exemplo, de um paciente com câncer que se recusa a fazer uma cirurgia ou quimioterapia e radioterapia. Neste caso, a operação ou o tratamento não poderá ser feito. A vontade do paciente é imperiosa e deve ser respeitada, em que pese o juízo objetivo a considere errônea aos critérios do médico ou dos familiares.

De todo modo, entende-se que, diante da vontade expressa do paciente, o médico tem o dever de se abster, ou mesmo interromper o tratamento, sob pena de incidir no tipo ilícito de tratamentos médicos-cirúrgicos arbitrários, nos termos do art. 156º do CP. Ademais, a vontade do paciente afasta a aplicação do art. 135º do Código Penal Português. Da mesma forma, não se coaduna com o art. 134º do CP, uma vez que a recusa ou oposição do paciente cessa o dever de garante do médico.

2.3.2.2. Eutanásia passiva não consensual

No caso inverso, isto é, quando o tratamento é interrompido ou omitido, apesar da manifestação da vontade contrária por parte do paciente em relação a uma destas medidas, há um homicídio por omissão se a inatividade tiver provocado ou adiantado a morte, uma vez que o consentimento do paciente é parte integrante do próprio conceito de eutanásia.

Em verdade, esta conceituação é inadequada, visto que a definição de eutanásia, compreendendo também a eutanásia passiva, invoca a necessidade do consentimento (ao menos presumido) do doente.

³³ MORÃO, Helena. Eutanásia passiva e dever médico de agir ou omitir em face do exercício da autonomia ética do paciente. Resposta jurídico-penal a uma colisão de valores constitucionais. **Revista Portuguesa de Ciência Criminal**, Ano 16, 2006. p. 35 e s.

2.3.3. Ortotanásia, Distanásia e tratamentos ordinários e extraordinários

A expressão ortotanásia, na origem etimológica, significa morrer corretamente, de forma mais humana, digna. Também denominada de eutanásia passiva, antidistanásia, pareutanásia, como anteriormente mencionado, configura a morte natural decorrente da não utilização ou da interrupção de tratamentos terapêuticos inúteis, diante de um quadro clínico irreversível.

Maria Helena Diniz³⁴ assevera que:

“A eutanásia passiva, ou ortotanásia, é a eutanásia por omissão, consistente no ato de suspender medicamentos ou medidas que aliviem a dor, ou de deixar de usar os meios artificiais para prolongar a vida de um paciente em coma irreversível, por ser intolerável o prolongamento de uma vida vegetativa sob o prisma físico, emocional e econômico, acatando solicitação do próprio enfermo ou de seus familiares.

(...)

A ortotanásia é o ato de deixar morrer em seu tempo certo, sem abreviação ou prolongamento desproporcionado, mediante a suspensão de uma medida vital ou de desligamento de máquinas sofisticadas, que substituem e controlam órgãos que entram em disfuncionamento. Caso típico foi o ocorrido nos Estados Unidos, quando a mulher do Dr. Messinger, dermatologista de Michigan, deu à luz, após 25 semanas de gestação, um menino de 750g sem malformação grave evidente, e o neonatologista do hospital, devido à prematuridade extrema, colocou-o em um ventilador e submeteu-o a uma avaliação prognóstica, por ter calculado que teria 30 a 50% de possibilidade de sobrevivência. Uma hora após o parto, o Dr. Messinger desligou o ventilador e foi acusado de assassinato, porque não aguardou os resultados dos exames do sangue colhido do cordão.”

Assim, a ortotanásia outorga ao doente o poder/direito de aguardar o seu destino de forma tranquila, uma vez que se trata de um caminho irreversível, diante da perspectiva de uma doença em estágio avançado e incurável. Nessas situações, o que mais se deve levar em consideração são os cuidados paliativos, em detrimento a obstinação curativa, permitindo que a pessoa morra, ao seu tempo, com dignidade.

Noutra seara, o prolongamento artificial da vida, além dos limites fisiológicos e da vontade do paciente, configura o que se denomina escarniçamento terapêutico, obstinação terapêutica ou distanásia.

Destarte, considera-se distanásia o prolongamento artificial do processo de morte, através de tratamentos inúteis ao paciente, mesmo diante de sofrimento intenso e ausência de perspectivas de cura.

³⁴ DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.*, p. 527-528

Sobre o tema, Gisele Mendes de Carvalho³⁵ esclarece que “em franca oposição ao conceito de eutanásia, a distanásia (do grego *dis*, afastamento, e *thánatos*, morte) consiste no emprego de recursos médicos com o objetivo de prolongar ao máximo possível a vida humana. [...] o ato de prostrar o processo de falecimento iminente em que se encontra o paciente terminal, vez que implica um tratamento inútil”.

Portanto, a distanásia configura uma prática que prolonga o sofrimento do paciente, submetendo-o a tratamentos fúteis e desproporcionais. Ao manter um indivíduo vivo artificialmente, mesmo diante de uma morte iminente, atenta-se contra a dignidade da pessoa humana e gera um intenso debate sobre os limites da medicina

A distanásia coloca em xeque o conceito de vida como um bem jurídico absoluto. Ao priorizar a quantidade de vida em detrimento da sua qualidade, essa prática ignora o sofrimento do paciente e levanta questionamentos sobre os limites da medicina e se tal prática atenta contra a dignidade da pessoa humana.

Nessa hipótese, a decisão de não prolongar artificialmente a vida, quando em consonância com o desejo do paciente e diante de uma doença incurável, não pode ser considerada um ato ilícito, mas sim um reconhecimento da finitude da vida e da importância da autonomia individual. Ao respeitar a vontade do paciente, a equipe médica não apenas evita o sofrimento desnecessário, mas também garante o direito à uma morte digna.

Afirma Maria Helena Diniz³⁶ :

“Como todo ser humano é mortal, deve-se aceitar, naturalmente, o declínio e a morte como parte da condição humana, pois não se pode, indefinidamente, evitar o óbito, por ser um mal que fatalmente ocorrerá, havendo moléstia invencível. É preciso dar ênfase ao paradigma de cuidar e não de curar, procurando aliviar o sofrimento. Não há como evitar a morte; ela sempre existiu e existirá; a vulnerabilidade humana torna-a inevitável, por maior que seja o avanço da tecnologia médica. (...). É preciso convencer-se de que, além do não matar e do não adiar simplesmente a morte, está o desafio de aprender a amar o paciente terminal. (...). Parece-nos que o princípio da sacralidade e o da qualidade da vida não se opõem, mas se completam. Uma exagerada preservação da vida pode ser conducente ao desrespeito de determinados doentes em estado terminal. Isso é assim porque a moléstia destrói a integridade do corpo, e a dor, a integridade global da pessoa. Por isso, a medicina deveria, ao cuidar dos que estão no processo de morrer, aliviar seu sofrimento físico-psíquico.”

Evidencia-se a complexidade do tema, haja vista não haver uma definição precisa e legal acerca dos limites da obstinação terapêutica (persistência em aplicar procedimentos médicos invasivos e agressivos em pacientes com doenças graves e terminais, mesmo que esses procedimentos não ofereçam mais benefícios e possam causar mais sofrimento ao paciente),

³⁵ CARVALHO, Gisele Mendes de. **Aspectos jurídico-penais da eutanásia**. São Paulo: IBCCRIM, 2001. p. 25

³⁶ DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.*, p. 544-545

meios ordinários (aqueles considerados comuns e habituais no tratamento de uma determinada condição médica) e extraordinários (procedimentos invasivos e agressivos, que apresentam um risco significativo ao paciente e são usados apenas em circunstâncias excepcionais.), proporcionais (aqueles que oferecem benefícios significativos e razoáveis ao paciente, em relação aos riscos e aos custos envolvidos) e desproporcionais (aqueles que oferecem poucos benefícios ou nenhum benefício em relação aos riscos, aos custos e aos efeitos colaterais).

Quando se trata de cuidados no final da vida, é importante considerar cuidadosamente os tratamentos que serão utilizados. Em alguns casos, a continuação de tratamentos invasivos e agressivos pode causar mais sofrimento ao paciente do que benefícios. Nesses casos, pode ser mais apropriado oferecer tratamentos paliativos, como o controle da dor e dos sintomas, para garantir o conforto e a qualidade de vida do paciente.

Ainda, asseveram Débora Diniz e Sérgio Costa³⁷:

“Um tratamento é considerado fútil ou extraordinário quando a única justificativa para mantê-lo é a ‘medicalização’ da morte, isto é, o prolongamento da vida do doente por meios artificiais de sustentação da vida ou por medicamentos, a despeito da irreversibilidade do quadro clínico e da iminência da morte. Há casos em que a ‘medicalização’ da morte é tão agressiva e inútil que alguns autores passaram a se referir como distanásia [Pessini (2001b) e Lepargneur (1999)]. A distanásia é um fenômeno recente e que representa a crescente ‘medicalização’ da saúde, especialmente pelo exagero no uso de tecnologias médicas. A distanásia ocorre, principalmente, entre idosos e poderia ser definida como a decisão ou o conjunto de procedimentos médicos cujo intuito é impedir a morte de um doente já em vias de falecer. É em torno da distanásia ou dos tratamentos fúteis que o debate bioético mais cresce, especialmente pelo impacto que a prática causa na qualidade de vida tanto do doente quanto de seus cuidadores e familiares”.

Em geral, a escolha de tratamentos proporcionais e desproporcionais deve ser discutida com o paciente e sua família, levando em consideração seus valores, preferências e desejos. É importante que a decisão seja tomada de forma ética, com base em informações precisas e em uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios de cada opção de tratamento.

³⁷ DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio. Morrer com dignidade: um direito fundamental. In CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** [Em linha]. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 130. Disponível em https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15258/1/CAPITULO_MorrerDignidadeDireito.pdf [Consult. em 03-03-2023]

Nesse sentido, a Lei n.º 31/2018, de 18 de julho³⁸, que trata dos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida dispõe em seu art. 4º que: “As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a ser tratadas de acordo com os objetivos de cuidados definidos no seu plano de tratamento, previamente discutido e acordado, e a não ser alvo de distanásia, através de obstinação terapêutica e diagnóstica, designadamente, pela aplicação de medidas que prolonguem ou agravem de modo desproporcionado o seu sofrimento, em conformidade com o previsto nos códigos deontológicos da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros e nos termos de normas de orientação clínica aprovadas para o efeito.”

Nesse caminho também se devem orientar os juristas, a fim de garantir a dignidade do paciente, respeitando a vontade do indivíduo, sua autonomia e autodeterminação, evitando dor e sofrimento desnecessários.

2.3.4. Outros tipos de eutanásia

A evolução do estudo sobre eutanásia apresenta diversas classificações e conceitos trazidos pela doutrina, variando pelos motivos que fundamenta a intervenção humana para causar a morte de outrem. Nesse sentido, Marcos Luz de Melo³⁹ faz um compilado de tipos classificativos da eutanásia:

- Eutanásia Penal ou Punitiva: morte causada em face de pena de morte por sentença judicial nos países que assim a admitem;
- Eutanásia teológica: morte em “estado de graça”, morte “por visitação de Deus”;
- Eutanásia estoica: morte obtida com a exaltação das virtudes do estoicismo;
- Eutanásia terapêutica: ato dos médicos em propiciar uma morte suave aos enfermos incuráveis e com grave sofrimento, com rápida e não dolorosa agonia;
- Eutanásia eugênica: supressão de todos os seres considerados inúteis para melhoramento da raça humana.
- Eutanásia legal: procedimentos permitidos por lei.
- Eutanásia-homicídio: procedimento para ceifar a vida de um paciente por doença terminal
- Eutanásia-suicídio: quando o próprio paciente é o executante.
- Eutanásia verdadeira: praticada pelo médico
- Eutanásia falsa: crime de homicídio, consistindo nas espécies eugênica, econômica e piedosa.

³⁸ LEI 31/2018, de 18 de julho. **Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Assembleia da República** [Em linha]. Diário da República, 1.ª série — N.º 137. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf> [Consult. em 03-03-2023]

³⁹ LUIZ DE MELO, Marcos; ROCHA MIRANDA, Maria Aparecida. **A eutanásia como possibilidade no sistema de proteção aos direitos fundamentais** [Em linha]. *Universidad Carlos III de Madrid. Grupo de Investigación sobre el Derecho y la Justicia* (GIDYJ), 2017. p. 6. Disponível em <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/25663>. [Consult. 31 Jan 2024].

- Eutanásia libertadora: morte benéfica e sem dor de doente terminal que pede para ter a vida abreviada para poupar-lhe sofrimentos físicos e psicológicos;
- Eutanásia piedosa: morte dada aos moribundos inconscientes ao fim de longas enfermidades e para suprimir terríveis dores;
- Eutanásia agônica: facilita a morte do paciente sem qualquer sofrimento;
- Eutanásia lenitiva: morte que alivia dor física ou a enfermidade incurável;
- Eutanásia passiva: compreende a omissão médica ou a interrupção dos meios extraordinários para prolongar a vida do paciente em estado irreversível;
- Eutanásia ativa: intervenção direta da vida por meio de medicamentos;
- Eutanásia eliminadora: quando realizada em pessoas que mesmo não estando em condições próximas da morte são portadoras de distúrbios mentais. Justificando-se pelo fardo que são para sua família e para a sociedade;
- Eutanásia social ou Mistanásia: decisão tomada pela sociedade e não pelo enfermo. Morte social para doentes em massa e deficientes, que diante dos problemas sociais não recebem tratamento por não ter acesso a atendimento médico; pacientes vítimas de erro médico; pacientes vítimas de procedimentos não condizentes com a doença por dificuldade financeira.
- Eutanásia econômica: seria a realizada em pessoas que, por motivos de doença, ficam inconscientes e que poderiam sofrer em função da sua doença, ao recobrar os sentidos.
- Eutanásia voluntária: advinda do consentimento, da anuência, da deliberação individual do paciente em estado terminal.
- Eutanásia não-voluntária: ausência de consentimento pelo paciente a respeito da prática da eutanásia, em face de não ter condições de manifestar sua vontade;
- Eutanásia involuntária: paciente em estado terminal se manifestou contra a sua prática, mas mesmo assim, a morte é provocada.
- Eutanásia de duplo efeito: a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas que são executadas, visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal durante a prática da eutanásia passiva.
- Distanásia: morte sofrida. O prolongamento agônico ou sofrível da vida do paciente terminal através de procedimentos médicos de intensificação ou obstinação terapêutica, sem perspectiva de cura.”

Algumas modalidades revelam torpeza e a maldade, consistindo, na verdade, em homicídios qualificados, cuja real finalidade que se pretende é acobertar-se com eufemismos, como, por exemplo, na eutanásia eugênica, social e criminal, ao contrário da eutanásia libertadora, que pode causar a boa morte ao paciente, com o objetivo de aliviar a sua dor e o seu sofrimento.

Em verdade, há um equívoco ao se denominar algumas hipóteses acima citadas como eutanásia (penal ou punitiva, eugênica ou seletora, econômica ou Social, dentre outras), visto que existe um elemento essencial na configuração da eutanásia, qual seja, a intenção e a vontade do indivíduo, manifestada expressamente, já que a morte deve ser consequência da ação ou omissão, por piedade ou compaixão, diante de um caso de doença grave e incurável, a

fim de eximir o paciente de dores insuportáveis, validado pelos princípios da dignidade e autodeterminação da pessoa humana.

2.4. Requisitos

A eutanásia e o suicídio assistido tratam-se, em verdade, de hipóteses de antecipação da morte medicamente assistida, em geral definidas como a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável ou doença incurável e fatal, quando praticada e ajudada por profissionais de saúde.

Diante do conceito trazido acima, podemos estabelecer alguns critérios e requisitos indispensáveis: a antecipação da morte praticada ou auxiliada por profissionais de saúde que ocorre por (1) decisão da própria pessoa, (2) maior e capaz, (3) cuja vontade seja reiterada, séria, livre e esclarecida, (4) em situação de sofrimento intolerável ou (5) doença incurável e fatal.

No mesmo sentido, a Lei 22/2023, de 25 de maio⁴⁰, que regula as condições especiais em que a morte medicamente assistida não é punível, em seu artigo 3º, estabelece como requisitos para sua prática “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”. (destaque nosso)

2.4.1. Doença grave e incurável

Buscando uma definição para o que seja uma doença grave e incurável, convém salientar que o legislador português estabeleceu uma a definição legal, no art. 2º da Lei 22/2023⁴¹, como sendo “a doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade”.

Por oportuno, convém salientar que na Lei n.º 31/2018, de 18 de julho⁴², que trata dos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, também restou determinado, no artigo 2.º, que “considera-se que uma pessoa se encontra em contexto de

⁴⁰ LEI N.º 22/2023, de 25 de maio. **Diário da República n.º 101/2023, Série I de 2023-05-25** [Em linha]. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>. [Consult. 14-03-2024]

⁴¹ *Idem*.

⁴² LEI 31/2018, de 18 de julho. *Op. Cit.*

doença avançada e em fim de vida quando padeça de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses”.

Nesse contexto, entende-se que, para considerar uma doença grave, como condição cumulativa para justificar e validar a eutanásia e o suicídio assistido, aquela que representa um ameaça significativa para a vida de uma pessoa e que, geralmente, requer um tratamento intensivo e cause consequências duradouras, sem prognóstico de longevidade. Outrossim, há que ser também incurável, sendo aquela que, diante do conhecimento científico atual, inexistia tratamento eficaz para curar completamente, sendo, nestes casos, aplicados recursos terapêuticos para controle dos sintomas, garantindo, dentro do possível, a qualidade de vida do enfermo. Diz-se também como uma doença fatal.

Nestes casos, de doenças graves e incuráveis, existe um determinado momento na evolução de uma doença que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer, tornando-se fútil, apenas prolongando o sofrimento. Nesse momento, a morte não deve ser mais vista como um inimigo a ser temido e combatido, muito pelo contrário, deve ser bem-vinda e recebida como um alívio aos sofrimentos⁴³.

A atuação médica é movida por dois grandes princípios morais: a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Quando o paciente se encontra em fase de morte inevitável, a cura já não é mais possível e os objetivos concentram-se em tomar medidas que proporcionem o alívio do sofrimento. É nesse sentido que defendemos a possibilidade de autodeterminação do indivíduo, para que tenha a opção de antecipar sua morte, medicamente assistida, se assim for seu desejo, respeitados os critérios legais.

Enfim, importa ressaltar a necessidade de cumulação dos fatores de irreversibilidade da doença, bem como a gravidade extrema e o sofrimento intenso, ambos atestados mediante diagnóstico consolidado, conforme consenso médico, assim considerado como o conjunto de pressupostos aceitos pela ciência médica, em determinados momentos histórico, para casos semelhantes.

2.4.2. Dor insuportável ou sofrimento intolerável

A dor é uma experiência individual e complexa, que envolve aspectos sensoriais e emocionais. Ela pode ser desencadeada por diversos fatores, incluindo lesões, doenças e condições psicológicas. A avaliação da dor é fundamental para o diagnóstico e tratamento

⁴³ PIVA, Jefferson Pedro. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Revista Bioética** [Em linha]. V. 1, n. 2, 2009. Disponível em https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/491/308. [Consult. em 12-03-2023]

eficaz, sendo um desafio devido à sua natureza subjetiva e multidimensional. Diferentes métodos têm sido desenvolvidos para quantificar a experiência dolorosa, considerando tanto sua intensidade quanto suas características qualitativas, sendo afetada, também, por variáveis afetivo-motivacionais.⁴⁴

É importante lembrar que a mensuração da dor é subjetiva e pode variar de pessoa para pessoa, por isso, é importante que o método de mensuração escolhido seja utilizado de forma consistente, ao longo do tempo, para que se possa avaliar a eficácia do tratamento.

Segundo o médico Francisco Alves de Andrade⁴⁵, “a dor está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do indivíduo, pois limita suas atividades, aumenta a agitação, o risco para estresse e o isolamento social. A mensuração precisa dessa experiência pode contribuir para que esse impacto seja minimizado, evitando sofrimento desnecessário”.

O conceito de sofrimento de grande intensidade, como requisito para a morte medicamente assistida, também já foi estabelecido pelo legislador português na Lei 22/2023⁴⁶, assim definido como: “o sofrimento decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa”.

Ademais, em outras ocasiões o legislador português também faz referência ao conceito de sofrimento, como, por exemplo, no ordenamento penal a alínea *d*) do art. 132º (Homicídio Qualificado) do Código Penal, em que trata das circunstâncias que revelam especial censurabilidade ou perversidade, na hipótese de emprego de tortura ou acto de crueldade para aumentar o sofrimento da vítima. Da mesma forma, o artigo 150º do Código Penal, que trata das intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos, sendo causa de excludente de ilicitude, quando praticadas com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental.

Noutra seara, a Lei nº 52/2012, de 5 de setembro, a Lei Bases de Cuidados Paliativos estabelece sua promoção centrada “na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, devendo respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida

⁴⁴ SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. **Revista latino-americana de enfermagem** [Em linha]. Vol. 10, 2002. p. 446-447. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/k49DRq3JDKvVqHt8kBR3BtS/?lang=pt>. [Consult. em 12-03-2023].

⁴⁵ ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Em linha]. Vol. 14, p. 271-276, 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200018>. [Consult. em 17-03-2023]

⁴⁶ LEI n.º 22/2023, de 25 de maio. *Op. Cit.*

humana”⁴⁷. Do mesmo modo, a Lei n.º 31/2018, de 18 de julho⁴⁸, consagra o direito das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada, estabelecendo medidas para a realização desses direitos.

É importante destacar que a dor física, somática, embora relacionada com as alterações corporais, não se confunde com o conceito de sofrimento, que envolve aspectos emocionais, sociais e existenciais, que transcendem a mera sensação física. Sob essa perspectiva, “o sofrimento inclui experiências várias e polimórficas (impotência, angústia, vulnerabilidade, perda de controlo, ameaça à integridade do projeto existencial). Compõe-se de muitos elementos, somáticos e psicológicos, que são indissociáveis entre si e deterioram a qualidade de vida, de modo tal que alguém pode mesmo sentir que não vale a pena viver. Quando a vida de uma pessoa está saturada com dor, quando a existência se foca no sofrimento, o valor atribuído à vida aparece diminuído e impõe-se a referência à qualidade de vida, conceito que, sendo subjetivo, é determinado por cada pessoa e pelas suas circunstâncias”⁴⁹.

Nesse sentido, apesar da subjetividade inerente a este critério, é inconteste que a dor e o sofrimento, principalmente, prolongada, diante da inexistência de tratamento e uso excessivo de medicamentos, é um fator justificante para o pedido de antecipação da morte, ainda mais diante do pedido expresso e reiterado do doente.

Ressalte-se que é essencial que o reconhecimento dessa situação seja mensurado e certificado pelos médicos orientadores e especialistas, sendo também verificado e confirmado pela Comissão de Verificação e Avaliação, inclusive com avaliação psiquiátrica e psicológica, conforme definido na legislação de cada Estado.

Noutra esteira, como argumento contrário a prática da eutanásia, Bento de Faria, apoiando-se nos ensinamentos de Nelson Hungria, defende que o sofrimento é o preço da perfeição moral, é o tributo de passagem na peregrinação do homem pelo mundo⁵⁰.

Daniel Serrão também pondera que “o sofrimento, por sua vez, muitas vezes se constrói sobre a própria dor física e, por ser uma elaboração do homem num momento de fragilização de sua vida, mas de perfeita consciência, não pode ser tratado com morfina. Para

⁴⁷ LEI N.º 52/2012, de 5 de setembro. **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos** [Em linha]. Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05. Assembleia da República. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841> [Consult. em 17-03-2023]

⁴⁸ LEI 31/2018, de 18 de julho. *Op. Cit.*

⁴⁹ COHEN-ALMAGOR, Raphael. **An argument for physician-assisted suicide and against euthanasia**. Ethics, Medicine and Public Health, Volume 1, 2015. Pág. 431-441. In Parecer 107/CNECV/2020, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). Disponível em https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/107-cneqv-2020?download_document=3247&token=aca541f5cb909f5400de0e1388878632 [Consult. em 17-03-2023]

⁵⁰ FARIA, Bento de. Código Penal brasileiro comentado. Rio de Janeiro: Record, 1959, v. IV, p. 14. In MARCÃO, Renato Flávio. **Eutanásia e ortotanásia no anteprojeto do código penal brasileiro** [Em linha]. Disponível em: <http://www.conamp.org.br/index.php>, 2005. [Consult. em 21-03-2023]

encontrar a solução da dor causada pelo sofrimento, é condição indispensável ter acesso ao espaço do outro: aproximar-se da intimidade do enfermo, conhecer sua história de vida. Esse *locus* é íntimo, profundo: para entender a razão da angústia do paciente, é preciso criar empatia com quem sofre, relacionar-se com sua dor, criar laços de confiança e carinho. Tal conduta afasta a hipótese da eutanásia”⁵¹.

2.4.3. Consentimento e o pedido

No contexto da morte medicamente assistida, o requisito mais relevante, que deve ser analisado com extrema cautela, é o pedido voluntário, sendo, imprescindível que essa vontade seja manifestada pelo enfermo de forma clara, séria e esclarecida, atual e reiterada, após devida informação e compreensão. Na maioria dos países onde a prática é aceita, o pedido só pode ser feito por pessoa maior e capaz.

O processo de decisão sobre o fim da vida merece especial atenção, visto que no caso das práticas eutanásicas não é possível arrependimento posterior, pois, uma vez iniciado o procedimento, com a administração de fármacos letais, o resultado é irreversível.

Em razão disso, a importância de que o paciente faça as escolhas de forma autônoma, sendo obrigatório que haja compreensão e liberdade. Para isso é necessário que sejam fornecidas informações adequadas aos doentes, suficientemente detalhadas sobre o diagnóstico, prognóstico, os riscos e os procedimentos a serem realizados.

Nesse sentido, Silvio Romero Beltrão⁵² esclarece que “o propósito da obrigação de prestar informações e esclarecer o paciente é dotá-lo de autonomia para poder tomar decisões com relação aos assuntos de saúde e seu tratamento de forma consciente. Assim, para que o consentimento e a recusa sejam válidos, devem ser baseados na compreensão da situação que se apresenta e devem ser voluntários, pois esse direito está baseado no princípio do respeito à autonomia”.

Nas legislações dos países que autorizaram a antecipação da morte medicamente assistida são estabelecidos procedimentos e um processo de notificação e controle rigoroso para garantir que a antecipação da morte medicamente assistida seja realizada de acordo com os critérios estabelecidos em lei. Isso inclui a obrigatoriedade de preencher formulários e relatórios detalhados para o registro de casos de eutanásia.

⁵¹ SERRÃO, Daniel. **Eutanásia, moralmente condenável, juridicamente inaceitável**. Núcleo, 1:2-3, 2003. In DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.*, p. 525.

⁵² BELTRÃO, Silvio Romero. Autonomia da vontade do paciente e capacidade para consentir: uma reflexão sobre a coação irresistível. **Revista de Direito Sanitário** [Em linha]. V. 17, n. 2, 2016. p. 98-116. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122316>. [Consult. em 21-03-2023]

Exemplificando, em Portugal, a lei 22/2023, de 25 de maio⁵³, em seu artigo 4º, determina que o pedido de abertura do procedimento clínico de antecipação da morte deve ser efetuado pelo doente, desde que preencha os requisitos, em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, ou pela pessoa por si designada, em casos específico, a ser integrado em Registo Clínico Especial (RCE) criado para o efeito. Posteriormente, o pedido deve ser dirigido ao médico escolhido pelo doente, doravante designado por “médico orientador (art. 4º, nº 2).

Em seguida, o médico orientador emite parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos legais e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, 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. A informação e o parecer prestados pelo médico e a declaração do doente, assinados por ambos, integram o RCE (Art. 5º, nº 1 e 2).

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 incurável da doença ou a condição definitiva da lesão. 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 casos específicos, juntamente com o parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE (art. 6º, nº 1 e 4)

Ainda, em caso de dúvida de qualquer dos médicos, orientador e especialista sobre a capacidade do doente para solicitar a antecipação da morte ou se é portador de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões, será obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria (art. 7º, nº 1).

Todos os pareceres do médico orientador e especialista devem ser fundamentados e emitidos por escrito, datado e assinado.

Por fim, 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 Antecipação da Morte (CVA). No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se este mantém e reitera a

⁵³ LEI N.º 22/2023, de 25 de maio. *Op. Cit.*

sua vontade, devendo a sua decisão consciente e expressa ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada. (art. 8º, nº 1 e 4).

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 antecipação da morte. (art. 9º, nº 1).

A decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte é estritamente pessoal e indelegável. (art. 11, nº 1)

O pedido pode ser livremente revogado a qualquer momento (art. 3º, nº 7).

Nesta seara, em Portugal, ainda que não queiram antecipar a morte, as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm o direito de participar ativamente no seu plano terapêutico, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado, podendo, inclusive, recusar tratamentos ou procedimentos de saúde, nos termos da Lei nº 31/2018, de 18 de julho⁵⁴.

Saliente-se que o respeito à manifestação de vontade do paciente, como afirmação de vontade própria, especialmente expressada pelo enfermo, convalido por uma doença grave e incurável, que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, ou seja, em circunstâncias clínicas muito precisas, e tomada como uma afirmação de vontade própria, consagra o princípio da autonomia da vontade, da liberdade individual e de autodeterminação.

Além disso, insta consignar que o paciente, para ter condições de escolher o seu tratamento ou a conduta a que será submetido, segundo o seu próprio plano de vida, precisa ter capacidade de consentir. Porém, além da capacidade de fato, regulada pela Teoria Geral do Direito, necessário que o doente tenha capacidade para tomar decisões acerca das intervenções médicas. E nesse ponto, a análise desta capacidade deve ser feita pelo próprio médico, tendo em vista as condições psicológicas, físicas, mentais e as circunstâncias em que o paciente está inserido⁵⁵. Além disso, têm que cumprir os requisitos do art. 38º, n. 3 do Código Penal, segundo o qual “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”.

Enfim, a decisão do paciente deve ser real, sem qualquer interferência interna ou externa a ele, como forma de garantia dos direitos fundamentais relacionados ao fim da vida.

Portanto, admissibilidade do pedido claro, inequívoco e reiterado do paciente, mediante completo discernimento, informação e esclarecimento sobre o procedimento de

⁵⁴ LEI Nº 31/2018, de 18 de julho. *Op. Cit.*

⁵⁵ CARDIN, Valéria Silva Galdino; NERY, Lais Moraes Gil. A Eutanásia Como Forma de Garantia da Autonomia da Vontade. **Revista Direitos Humanos e Democracia** [Em linha], v. 8, n. 15, 2020, p. 96-107. Disponível em <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/view/9612>. DOI:<https://doi.org/10.21527/2317-5389.2020.15.96-107>. [Consult. em 21-03-2023]

antecipação da morte, consagra integralmente a autonomia privada conferida pelo ordenamento jurídico a cada indivíduo, bem como a dignidade da pessoa humana e a liberdade.

2.4.4. Atuação de profissionais de saúde

Inicialmente, convém reafirmar que cabe aos médicos e aos profissionais de saúde em geral, o dever de prestar os melhores cuidados ao paciente, “no intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano”⁵⁶.

Destarte, as ciências médicas e da saúde têm como finalidade a prevenção, diagnóstico, tratamento, alívio dos sintomas, melhoria da qualidade de vida, consubstanciado na *legis artis* e respeito pelo direito a saúde do doente. Nesse contexto, a concretização de medidas para a morte, como no caso da prática da eutanásia e do suicídio assistido, não faz parte das obrigações inerentes à profissão. No entanto, não pode mais prosperar a ideia de conservar a vida a qualquer custo, sob pena de se verificar uma obstinação terapêutica. Dessa forma, é que defendemos uma ponderação ética, para que seja possível a intervenção médica para que o profissional de saúde possa executar procedimentos que visam aliviar a dor e o sofrimento, a pedido do paciente, que visam antecipar a sua morte.

Ademais, há que se referir a possibilidade de objeção de consciência dos profissionais de saúde. Assim, por razões da sua consciência, os agentes de saúde poderão se excluir e não participar da prática de atos de eutanásia e de ajuda ao suicídio.

O direito à objeção de consciência encontra-se salvaguardado pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos⁵⁷, que estabelece no artigo 12º o direito dos médicos de “recusar a prática de ato da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência, ofendendo os seus princípios éticos, morais, religiosos, filosóficos, ideológicos ou humanitários”.

Como consequência, os médicos, bem como os demais profissionais de saúde, poderão se escusar de intervir no processo de antecipação da morte de um paciente, mesmo diante do seu pedido.

⁵⁶ DOS MÉDICOS, Ordem. Regulamento n.º 707/2016: **Regulamento de Deontologia Médica** [Em linha]. Diário da República, v. 21, 2016. Artigo 5.º. Disponível em https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016__Regulamento_Deontol%C3%B3gico.pdf [Consult. em 12-03-2023]

⁵⁷ *Idem*.

3. DIREITOS FUNDAMENTAIS

3.1. Do Direito à vida

O direito à vida encontra-se tutelado no art. 24º, nº 1, da Constituição da República Portuguesa (CRP), no texto constitucional referente aos direitos, liberdades e garantias pessoais, nos seguintes termos: “A vida humana é inviolável”⁵⁸.

Cumpra destacar a utilização do adjetivo inviolável, cuja densidade evidencia a relevância do direito à vida, consagrado constitucionalmente em todos os ordenamentos jurídicos ocidentais. A esse respeito, importa salientar que a CRP reconhece diferentes níveis de inviolabilidade dos direitos fundamentais, como evidenciado pela inviolabilidade da vida humana, cujo grau é considerado superior à inviolabilidade do domicílio ou das comunicações. Isso se reflete no fato de que o direito à vida não pode ser suspenso em situações de estado de sítio ou emergência, conforme estabelecido no artigo 19º, parágrafo 6º, ao contrário do que ocorre com o direito à inviolabilidade do domicílio ou ao sigilo das comunicações.⁵⁹

Nessa mesma perspectiva, em anotação ao artigo 24.º, n.º 1 da CRP, Rui Medeiros e Jorge Pereira da Silva⁶⁰ asseveram que “a Constituição portuguesa não se limita, ao contrário de outros textos fundamentais e da própria DUDH, a dizer que ‘todos os homens têm direito à vida’, afirmando antes, numa fórmula normativa muito mais forte e expressiva, que ‘a vida humana é inviolável’. O artigo 24.º desempenha, entre os direitos fundamentais, um papel absolutamente ímpar. Membro do clube restrito dos direitos insuscetíveis de suspensão (n.º 6 do artigo 19.º), o direito à vida surge consagrado no n.º 1 do artigo 24.º não apenas na sua dimensão puramente subjetiva, como o primeiro dos direitos fundamentais – mais do que um direito, liberdade e garantia, ele constitui o pressuposto fundante de todos os demais direitos fundamentais –, mas como valor objetivo e como princípio estruturante de um Estado de Direito alicerçado na dignidade da pessoa humana (artigo 1.º)”.

Assim, percebe-se que o constituinte atribui ao direito à vida a função de ser o primeiro dos direitos fundamentais, até porque, logicamente, é condição de todos os outros direitos. Nesse sentido, pode-se afirmar que a Constituição traz uma ideia de proteção absoluta, associada a uma natureza qualificada do valor do direito à vida. Trata-se não apenas de um

⁵⁸ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA [CRP], art. 24º, nº 1, disponível em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx> [Consult. em 21-03-2023]

⁵⁹ SILVA, Germano Marques da; SÁ, Fernando in MIRANDA, Jorge; MEDEIROS, Rui. **Constituição portuguesa anotada**, tomo I, 2.ª ed. Ver., Coimbra Editora, Coimbra, 2017, p. 549-550.

⁶⁰ MEDEIROS, Rui; e DA SILVA, Jorge Pereira in MIRANDA, Jorge; MEDEIROS, Rui. **Constituição Portuguesa Anotada**, tomo I, 2.ª ed. Ver., Coimbra Editora, Coimbra, 2017, p. 365.

prius lógico, mas decorrente valoração do direito à vida como o bem mais importante dentre os direitos fundamentais e de todo ordenamento jurídico-constitucional.

Acerca da proteção da vida e a organização da própria morte, Gomes Canotilho e Vital Moreira⁶¹, em sua obra *Constituição Anotada*, asseveram que, em relação à morte medicamente assistida (eutanásia e o suicídio assistido), o problema que se coloca é saber se o direito à vida inclui o direito de organização da própria morte, o que levanta delicadas questões ético-penais, jurídico-penais e jurídico-constitucionais.

Ainda, conforme os citados autores, do ponto de vista jurídico-constitucional, a Magna Carta portuguesa não se estabelece o direito à eutanásia ativa, entendido como o direito de solicitar a terceiros a provocação da morte para aliviar o sofrimento ("morte doce"), pois o respeito pela vida alheia não pode justificar atos considerados como homicídio por compaixão. No entanto, é importante observar as especificidades do crime de "homicídio a pedido da vítima", conforme descrito no artigo 134.º do Código Penal.

Outrossim, a discussão sobre ortotanásia e eutanásia passiva, que englobam o direito de recusar tratamentos prolongadores da vida em casos de doenças incuráveis, levanta a necessidade de normas específicas para a assistência a pacientes em fase terminal, garantindo o direito de morrer com dignidade. Ressalte-se que “a Constituição não reconhece qualquer ‘vida sem valor de vida’, nem garante decisões sobre a própria vida”⁶².

Em verdade, como salientado, não resta dúvida sobre a posição que o direito à vida ocupa, como pressuposto para os demais direitos, sendo inquestionável o dever especial de proteção da vida, universalmente reconhecida.

Não obstante, a questão revela contornos mais sensíveis quando associamos o direito à vida com o direito de liberdade individual, precipuamente, no tocante à autonomia da pessoa, como por exemplo nos casos de livre disposição do corpo, o suicídio, a colocação da vida em perigo, o consentimento de tratamentos médicos ou a “liberdade de morrer”.

Com efeito, o que se discute não é a prevalência do direito à vida, mas, sim, quem é o titular desse direito? O indivíduo ou o Estado? Pode o Estado exigir do cidadão que permaneça vivo (biologicamente) contra a sua vontade?

Entendemos que cabe ao Estado o dever de proteger a vida, garantindo a cada pessoa o direito de não ser morto (sem o seu consentimento). Mas o direito absoluto à vida é relativizado no tocante a liberdade de cada um se autodeterminar. E nesse campo problemático que se encontram a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, uma vez que pressupõe e

⁶¹ CANOTILHO, J. J. Gomes e MOREIRA, Vital. *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 4. ed., Vol. I, Coimbra, 2007. p. 450.

⁶² Idem.

estabelecem requisitos objetivos para manifestação livre, clara e reiterada da vontade de terminar a vida.

Nesse sentido, Gomes Canotilho e Vital Moreira⁶³ sustentam que a “protecção da vida humana, enquanto valor em si, independentemente da sua subjectivização pessoal, levanta ainda o problema de saber se o dever de a proteger se impõe ao próprio indivíduo (dever de viver), negando assim um **direito ao suicídio** (note-se que o Cód. Penal apenas pune o auxílio ao suicídio). Trata-se de saber se a vida, como base e expressão da existência humana, está na disponibilidade do próprio titular”. (destaque original)

Por oportuno, convém colacionar a jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, no caso *Affaire Pretty c. Royaume-Uni*, n. 2346/02, de 29/04/2002⁶⁴:

“65. A dignidade e a liberdade humanas são a própria essência da Convenção. Sem negar de forma alguma o princípio da inviolabilidade da vida protegido pela Convenção, a Corte considera que é desde a perspectiva do artigo 8 que a noção de qualidade de vida adquire seu pleno significado. Numa época de crescente sofisticação médica e aumento da expectativa de vida, muitas pessoas temem ser obrigadas a se manter vivas até a velhice ou em estado de grave deterioração física ou mental em desacordo com a aguda percepção que têm de si mesmas e de sua identidade pessoal.

66. Em *Rodriguez v. Procurador-Geral do Canadá* (Law Reports of Canada, 1994, vol. 2, p. 136), que dizia respeito a uma situação comparável à do presente caso, a opinião majoritária da Suprema Corte do Canadá sustentou que a proibição de ajudar a cometer o suicídio imposto à autora contribuiu para sua angústia e a impediu de lidar com sua morte. Uma vez que esta medida privou a recorrente da sua autonomia, exigia uma justificação à luz dos princípios da justiça fundamental. Se a Suprema Corte do Canadá teve que examinar a situação do ponto de vista de uma disposição da Carta Canadense não redigida da mesma forma que o artigo 8 da Convenção, o caso levantou problemas semelhantes com respeito ao princípio da autonomia pessoal, no senso de direito de fazer escolhas sobre o próprio corpo.

⁶³ *Idem*, p. 450.

⁶⁴ EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS – HUDOC – CASE OF PRETTY v. THE UNITED KINGDOM (Application no. 2346/02), JUDGMENT, STRASBOURG, 29 April 2002 in <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%22001-60448%22%7D> [Consult. em 12-03-2023]

65. *The very essence of the Convention is respect for human dignity and human freedom. Without in any way negating the principle of sanctity of life protected under the Convention, the Court considers that it is under Article 8 that notions of the quality of life take on significance. In an era of growing medical sophistication combined with longer life expectancies, many people are concerned that they should not be forced to linger on in old age or in states of advanced physical or mental decrepitude which conflict with strongly held ideas of self and personal identity.*

66. *In Rodriguez v. the Attorney General of Canada ([1994] 2 Law Reports of Canada 136), which concerned a not dissimilar situation to the present, the majority opinion of the Supreme Court considered that the prohibition on the appellant in that case receiving assistance in suicide contributed to her distress and prevented her from managing her death. This deprived her of autonomy and required justification under principles of fundamental justice. Although the Canadian court was considering a provision of the Canadian Charter framed in different terms from those of Article 8 of the Convention, comparable concerns arose regarding the principle of personal autonomy in the sense of the right to make choices about one's own body.*

67. *The applicant in this case is prevented by law from exercising her choice to avoid what she considers will be an undignified and distressing end to her life. The Court is not prepared to exclude that this constitutes an interference with her right to respect for private life as guaranteed under Article 8 § 1 of the Convention. It considers below whether this interference conforms with the requirements of the second paragraph of Article 8.*

67. A demandante no presente caso está impedida por lei de exercer sua escolha para evitar o que, a seu ver, constituiria um fim de vida indigno e doloroso. O Tribunal não pode excluir que isso represente uma violação do direito da requerente ao respeito pela sua vida privada, na acepção do Artigo 8 § 1 da Convenção. Ele considerará a seguir se essa interferência atende aos requisitos do segundo parágrafo do Artigo 8.”

Assim, a inviolabilidade do direito à vida, constitucionalmente consagrada, consubstancia-se no direito de viver (e de não ser morto), não se contrapondo ao direito de morrer, o direito de não viver ou um direito de escolha sobre continuar ou não a viver. Nestes casos, cabe ao Estado proporcionar condições para que cada um possa fazer sua escolha (livre e consentida), observando a autonomia e a dignidade humana.

3.1.1. Vida biológica e vida biográfica

Para expressar o conceito de vida, os gregos serviam-se de dois termos, semântica e morfologicamente distintos, apesar de referir-se ao mesmo lexema: *zoe*, para significar vida física ou biológica, ou o simples fato de viver, comum a todos os seres vivos, e *bios*, como designação da vida como processo vivido, indicando a forma ou maneira de viver própria de cada indivíduo ou grupo.

Nesse sentido, o filósofo italiano Giorgio Agamben⁶⁵ elabora a sua tese sobre as formas de vida, levando em consideração os conceitos clássicos aristotélicos, orientada para a ideia de que o homem é o único ser cuja vida é irremediável e dolorosamente designada à felicidade. (“*Civitatem... communitatem esse institutam propter vivere et bene vivere hominum in ea*”, Marcílio de Pádua, Defensor Pacis V, II).

Na discussão sobre o fim da vida, James Rachels⁶⁶ consolidou-se como grande expoente apresentando argumentos para contrapor o tradicional conceito sobre a perversidade da prática da eutanásia e do suicídio assistido, apresentando uma distinção entre ter uma vida e apenas estar vivo: “Estar vivo, no sentido biológico, é relativamente sem importância. A vida de uma pessoa, ao contrário, é imensamente importante; é a soma de nossas aspirações, decisões, atividades, projetos e relacionamentos humanos”.

⁶⁵ AGAMBEN, Giorgio. Mezzi senza fine. Note sulla politica. Turim: Bollatti Boringuieri, 1996. *Apud* BARBOSA, Jonnefer Francisco. Vida nua e formas-de-vida: Giorgio Agamben, leitor das fontes greco-romanas. **Revista Hypnos** [Em linha], n. 30, 2013. p. 14. Disponível em <https://hypnos.org.br/index.php/hypnos/article/view/175/177>. [Consult. em 12-12-2022]

⁶⁶ RACHELS, James. **The End of Life: Euthanasia and Morality** [Em linha]. Oxford University Press, 1986. p. 5. Disponível em <http://www.jamesrachels.org/EoL.htm>. [Consult. em 12-12-2022]

Assim, diante de situações em que se pressupõe a autorização para prática da eutanásia ou do suicídio assistido, ou seja, um enfermo, acometido de uma doença grave e incurável, diante de uma dor insuportável, levando a patamares inaceitáveis, dando ensejo a manifestação, expressa e clara, embora o indivíduo ainda esteja vivo (biologicamente), sua vida (biográfica), por vezes, já acabou há algum tempo.

Em contraposição à tese tradicionalmente apresentada em termos teológicos, enraizadas na fidelidade a regras abstratas ou leis divinas, Rachels defende uma visão moral, não um dogma religioso. Nesse sentido, deve-se partir da premissa de fazer o que é melhor para aqueles que são afetados por nossa conduta. “Se não devemos matar, é porque ao matar estamos prejudicando alguém. Essa é a razão pela qual matar é errado. A regra contra matar tem como objetivo a proteção das vítimas”⁶⁷.

Nesta seara, vale ressaltar a afirmação de Sócrates, citada por Platão na sua obra Diálogos, “o que vale não é o viver, mas o viver bem”⁶⁸. É nesse sentido que os defensores da eutanásia sustentam que uma vida sem qualidade não vale a pena ser vivida (ou prolongada).

Ao longo dos anos, percebeu-se uma dessacralização da existência, tendo cada indivíduo assumido o governo de sua vida, através da autodeterminação, na busca de uma vida mais digna e qualitativamente melhor, defendendo a ideia de que só vale a pena viver uma vida de qualidade, justificando-se, assim, a eutanásia.

Portanto, fortalece a corrente que defende o direito de antecipar a morte diante de uma agonia extremamente cruel e prolongada, dores insuportáveis, não havendo mais possibilidade de reverter o quadro clínico. Nestas hipóteses, não há que se falar em vida, mas, sim, em sobrevivência sofrida, indigna, desumana.

3.2. Princípios Constitucionais

⁶⁷ *Idem*, p. 6.

⁶⁸ DINIZ, Maria Helena. *Op. cit*, p. 521.

Diante da análise do direito fundamental à vida, já vinculado aos processos relacionados à sua interrupção, convém trazer as abordagens sobre os princípios que embasam, regulam e orientam todo o ordenamento jurídico português, tendo em vista a imanente colisão de direitos fundamentais quando se trata das hipóteses de antecipação voluntária da morte, medicamente assistida.

3.2.1. Dignidade da Pessoa Humana

O princípio da dignidade da pessoa humana é historicamente inerente a conceitos ligados a teologia e a filosofia, que posteriormente foi reconhecida como valor essencial na promulgação das Constituições e fundamento em um Estado Democrático de Direito.

Com as atrocidades da Segunda Guerra Mundial, em virtude da barbárie nazista, o Holocausto, com absoluto desrespeito à dignidade da pessoa humana, diante da prática de crimes políticos sob a invocação de razões de Estado, grande parte das sociedades modernas ocidentais passaram a reconhecer a dignidade da pessoa humana com direito fundamental, previsto constitucionalmente.

Prevista na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948⁶⁹, o reconhecimento e a garantia da dignidade da pessoa humana e de seus direitos, iguais e inalienáveis, como o fundamento da liberdade, da justiça e da paz passou a ter maior relevância e positivação constitucional. O Estado alemão expressamente erigiu a dignidade da pessoa humana como direito fundamental, na Lei Fundamental da República Federal da Alemanha, de 23 de maio de 1949, estabelecendo em seu art. 1º, nº 1: “A dignidade da pessoa humana é intangível. Respeitá-la e protegê-la é obrigação de todo o poder público”⁷⁰. Nessa seara, a Constituição da República Portuguesa, de 2 de abril de 1976, confirmou em seu art. 1º que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”⁷¹.

Depois, várias constituições passaram a reconhecer a dignidade da pessoa humana como direito fundamental, como a Constituição Espanhola de 1978, em seu art. 10, nº 1 “A dignidade da pessoa, os direitos invioláveis que lhe são inerentes, o livre desenvolvimento da

⁶⁹ HUMANOS, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS. **Declaração universal dos direitos humanos**, 2015. *Artigo 1 - Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.* Disponível em https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. [Consult. em 12-03-2024]

⁷⁰ LEI FUNDAMENTAL DA REPÚBLICA FEDERAL DA ALEMANHA. Disponível em <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80208000.pdf>

⁷¹ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA [CRP]. Disponível em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

personalidade, o respeito à lei e aos direitos dos demais são fundamento da ordem política e da paz social”⁷², e a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, art. 1º, inciso III, segundo o qual “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana”⁷³. Também, Constituição da Colômbia (1991), as Leis Básicas de Israel: Dignidade Humana e Liberdade (1992), a Constituição da Rússia (1993), a Constituição da África do Sul (1996), a Constituição da Polónia (1997) e a Constituição da Suíça (1999)⁷⁴.

Destarte, a dignidade humana é um princípio basilar nas constituições modernas e tratados internacionais sobre os direitos do homem, do qual decorre o direito de liberdade, autonomia, autodeterminação, direitos de personalidade, dentre outros.

José Afonso da Silva assevera que a dignidade é atributo inato da pessoa humana, como valor interno, superior a qualquer preço, que não admite substituição equivalente. A dignidade entranha e se confunde com a própria natureza do ser humano.⁷⁵

No mesmo sentido enfatiza Castanheira Neves que “a dimensão pessoal postula o valor da pessoa humana e exige o respeito incondicional da sua dignidade. Dignidade da pessoa a considerar em si e por si, que o mesmo é dizer respeitar para além e independentemente dos contextos integrantes e das situações sociais em que ela se insira.”⁷⁶

Enfim, a dignidade da pessoa humana é um conceito que se refere ao valor inerente a cada ser humano, simplesmente em virtude de sua existência como ser humano. Assim, pressupõe-se que todos os indivíduos possuem um nível básico de valor e devem ser tratados com respeito e igualdade, em atenção aos direitos humanos.

3.2.1.1.A dignidade como princípio constitucional supremo

De acordo com a pirâmide de Kelsen, a Constituição é a norma fundamental de um Estado, ocupando o ápice da pirâmide, sendo o Norte para todo o ordenamento jurídico. Assim

⁷² CONSTITUIÇÃO ESPANHOLA. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado Traducción por: Don Afonso d’Oliveira Martins y Doña Margarida Salema d’Oliveira Martins Gagliardini. Disponível em www.boe.es/biblioteca_juridica/ [Consult. em 12-03-2024]

⁷³ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm [Consult. em 12-03-2024]

⁷⁴ BARAK, Aharon. **Human Dignity: The Constitutional Value and the Constitutional Right**. Cambridge University Press, Fevereiro, 2015. p. 139

⁷⁵ DA SILVA, José Afonso. **A dignidade da pessoa humana com valor supremo da democracia**. Revista de direito administrativo, v. 212, 1998. p. 91.

⁷⁶ NEVES, A. Castanheira. **A Revolução e o Direito**, Lisboa, 1976. In MIRANDA, Jorge; MEDEIROS, Rui. *Op. cit.*, p. 64.

sendo, a Constituição traz a previsão da garantia dos direitos fundamentais, também chamados direitos humanos, os quais devem ser respeitados de forma suprema, como o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

O primeiro artigo da CRP define, sendo um dos pilares da República, a dignidade da pessoa humana, como meio para garantir uma sociedade livre justa e solidária. Nesse sentido, a dignidade da pessoa humana também está vinculada à garantia constitucional dos direitos fundamentais.

Não somente na CRP, mas também nas demais constituições modernas e convenções internacionais, a dignidade da pessoa humana destaca-se não apenas com princípio-limite, mas valor próprio, com dimensão normativa específica.

Conforme ensinamento de Gomes Canotilho e Vital Moreira⁷⁷:

“Desde logo, está na base de concretizações do princípio *antrópico* ou *personicêntrico* inerente a muitos direitos fundamentais (direito à vida, direito ao desenvolvimento de personalidade, direito à integridade física e psíquica, direito à identidade pessoal, direito à identidade genética). Por outro lado, alimenta materialmente o princípio da igualdade proibindo qualquer diferenciação ou qualquer pesagem de dignidades: os ‘deficientes’, os ‘criminosos’, os ‘desviantes’, têm a mesma dignidade da chamada ‘pessoa normal’. Os estrangeiros e os apátridas (refugiados, asilados) têm a mesma dignidade do cidadão nacional.

A dignidade da pessoa humana constitui um ‘dado prévio’ (‘a precondição’) da legitimação da República como forma de domínio político, mas não se trata de um dado fixista, invariável e abstracto. A dimensão intrínseca e autónoma da dignidade da pessoa humana articula-se com a liberdade de conformação e de orientação da vida segundo o projeto espiritual de cada pessoa, o que aponta para a necessidade de, não obstante a existência de uma *constante antropológica*, haver uma abertura às novas exigências da própria pessoa humana. Estas novas exigências podem reclamar a necessidade de prestações (públicas ou privadas) enriquecedoras das irradicações físicas e espirituais da pessoa. A dignidade da pessoa humana pressupõe ainda relações de reconhecimento intersubjectivo, pois a dignidade de cada pessoa deve ser compreendida e respeitada em termos de reciprocidade de uns com os outros. A articulação destas três dimensões – a dignidade como dimensão intrínseca do ser humana, a dignidade como dimensão aberta e carecedora de prestações, a dignidade como expressão de reconhecimento recíproco – explicita muitas soluções normativo-constitucionais acolhidas na Constituição da República.” (destaque original)

Dessa forma, a dignidade da pessoa humana assume um *standart* de superioridade, com um valor autónomo e específico que legitima e exige como deveres públicos a proteção e defesa, tanto do ser humana individualmente como coletivamente, proibindo-se, por exemplo, a pena de morte, o genocídio, tortura e maus tratos ou penas desumanas e degradantes, a garantia

⁷⁷ CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital. *Op. cit.*, p. 198-199.

de condições dignas de existência, defesa da vida e da integridade do ser humano contra práticas eugênicas de seleção de pessoas.

Assim sendo, os direitos fundamentais vinculados à dignidade e à liberdade humanas tendem a uma universalidade, conforme inaugurado na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789⁷⁸, pela Assembleia Nacional francesa, sob lema da Revolução Francesa de liberdade, igualdade e fraternidade.

Paulo Bonavides⁷⁹, citando o doutrinador alemão Hesse, assevera que “os direitos fundamentais almejam manter os pressupostos elementares de uma vida na liberdade e na dignidade humana”. Desse modo, pode-se afirmar que o princípio da dignidade da pessoa humana é o fundamento de todo ordenamento jurídico, base do próprio Estado, do qual deriva todos os direitos fundamentais e que perpassa também pelos direitos sociais.

Para Jorge Miranda e Rui Medeiros⁸⁰ “a dignidade da pessoa humana não é um específico direito, mas essencialmente um princípio englobante onde se fundamentam todos os direitos fundamentais”.

Ainda, importa ressaltar, no tocante ao tema da morte medicamente assistida, que a dignidade também se projeta no respeito à autonomia, sobretudo no direito à liberdade e autodeterminação pessoal.

Inês Fernandes Godinho⁸¹, discorre sobre o princípio da dignidade, asseverando que “existem linha relativas à concretização da dignidade da pessoa humana que têm sido desenvolvidas pela doutrina e pela jurisprudência, que sumariamente indicamos: i) Respeito pela personalidade da pessoa; ii) Imposição de respeito pela autodeterminação da pessoa; iii) proibição de instrumentalização da pessoa: ‘a pessoa é sujeito e não objecto, é fim e não meio de relações jurídico-sociais’ ou, em outra formulação, a pessoa não pode ser tratada com objecto, tanto pelo Estado como por outras pessoas. O que reflete, por outro lado, a vida humana como pressuposto fisiológico da dignidade da pessoa humana. Não obstante, nem todo o acto de matar é uma ofensa da dignidade da pessoa humana, dado que não pode existir no ordenamento jurídico uma protecção absoluta da vida. Na verdade, deve distinguir-se entre a garantia da dignidade da pessoa humana e a protecção da vida”.

⁷⁸ DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO DE 1789. Assembleia Nacional Francesa. Disponível em <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf>. [Consult. em 12-03-2024]

⁷⁹ BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. Malheiros Editores, 1999, p. 514.

⁸⁰ MIRANDA, Jorge; MEDEIROS, Rui. *Op. Cit.* p. 67.

⁸¹ GODINHO, Inês Fernandes. **Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de participação em direito penal**. Coimbra: Coimbra Editora, 1. Ed., Janeiro: 2015. p. 100.

Rachel Sztajn⁸² também assevera que “a combinação dos direitos à vida, liberdade e segurança enfatiza a dignidade inata da existência. Morrer integra a vida, e como parte dela, dele ser objeto de proteção como parte de tutela do direito à vida, como direito individual derivado”.

Assim, é evidente que o princípio da dignidade humana deve ser evidenciado ao interpretar as normas existentes no ordenamento jurídico, a fim de estabelecer limites legais toleráveis para a evolução científica. Esta análise deve ser abrangente para notabilizar a necessária compreensão sobre a ideia de que os doentes terminais têm a possibilidade e o direito de escolher quando e onde morrer, de forma a preservar a sua dignidade e assim evitar o seu sofrimento injustificável.

Além disso, há que se ter como paradigma o respeito absoluto e irrestrito pela dignidade humana, sendo baliza para atuação legislativa e judicial, como valor fonte do ordenamento jurídico.

3.2.1.2. Morte Digna

Ab initio, convém transcrever o seguinte apontamento de Maria Helena Diniz⁸³: “Que é o direito de morrer com dignidade? Segundo Elisabeth Kubler-Ross, tanatóloga americana, ‘morrer com dignidade significa ter permissão para morrer com seu caráter, sua personalidade e com seu estilo’”.

Atualmente, existe uma discussão latente na sociedade sobre o direito de morrer dignamente, trazendo consigo os questionamentos sobre a eutanásia. Nessa seara, o ponto crucial remete ao seguinte questionamento: é possível a um médico reconhecer quando se está diante de um caso de prolongar a vida ou de prolongar a morte?

Conforme já exposto, a Constituição salvaguarda em sua plenitude a vida, como bem maior de toda sociedade, porém quando a vida se torna insuportável, ferindo a dignidade da pessoa humana, verifica-se uma colisão de direitos fundamentais. Se de um lado temos a proteção a vida, por outro temos a primazia dos direitos do paciente, inclusive o respeito à dignidade da pessoa humana, com o sofrimento de longa duração e o desejo de uma morte digna, levando em consideração, ainda, o direito à liberdade, à autonomia, e o princípio da autodeterminação.

⁸² SZTAJN, Rachel. **Autonomia privada e direito de morrer: eutanásia e suicídio assistido**, 2002. In CAMPOS, Patrícia Barbosa; MEDEIROS, Guilherme Luiz. **A eutanásia e o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**. Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania. São Roque, v. 2, n. 1, 2011. p. 32. Disponível em https://docs.uninove.br/artefac/publicacoes/pdfs/patricia_drt_20111.pdf. [Consult. em 12-03-2024]

⁸³ DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.*, p. 539.

Nesse sentido, todas as colisões de direitos fundamentais podem ser solucionadas, se de um lado ou de ambos, de alguma maneira, limitações são efetuadas ou sacrifícios são feitos⁸⁴. Nesse sentido, não existe somente um direito do homem à vida, mas também um direito do homem a uma vida digna. Para além, reiteramos o significado de viver, se o que nos importa é meramente a vida biológica ou a vida biográfica, como já exposto. É, assim, imprescindível a ponderação, baseado no princípio da proporcionalidade, o meio para solução das colisões de direitos fundamentais.

Nas palavras de Maria Helena Diniz⁸⁵, “parece-nos que todos os pontos polêmicos levantados só poderão ser solucionados adequadamente se o direito positivo passar a enfrentá-los com prudência objetiva, fazendo prevalecer o bom-senso para a preservação da dignidade da pessoa humana. Por tal razão, é preciso que o legislador e o aplicador do direito tomem consciência do grande papel a ser exercido numa avaliação segura das normas gerais e individuais que devem emitir e dos efeitos delas emergentes. Não se podem, portanto, admitir omissões, nem precipitações em torno de questões sobre a vida e morte. A norma jurídica não pode desrespeitar a dignidade da pessoa humana”.

Tereza Rodrigues Vieira, sintetiza a solução jurídica da qual compartilhamos, asseverando que: “A nosso ver, é mais acertada a corrente defensora do ser livre e autônomo, o qual pode renunciar a todo direito, inclusive ao direito à vida, desde que sua escolha seja realmente voluntária, resultante de uma informação completa e bem detalhada acerca da questão.”⁸⁶

Enfim, o ordenamento jurídico, alicerçado nos direitos humanos, deve garantir a autonomia individual para decidir acerca de sua própria existência e, nos casos de doenças irreversíveis, considerar a possibilidade do doente terminal ser ouvido, respeitando o seu direito de morrer dignamente. Morrer dignamente é consequência do viver com dignidade.

3.2.2. Autonomia da vontade

3.2.2.1. Noções de autonomia

⁸⁴ ALEXY, Robert. Colisão de direitos fundamentais e realização de direitos fundamentais no Estado de Direito democrático. **Revista de direito Administrativo** [Em linha], v. 217, 1999. p. 67-79. Disponível em <https://periodicos.fgv.br/rda/article/view/47414/45316>. [Consult. em 12-03-2024]

⁸⁵ DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.*, p. 510/511.

⁸⁶ VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. 2º ed. São Paulo: Jurídica Brasileira, 2003 in CAMPOS, Patrícia Barbosa; MEDEIROS, Guilherme Luiz. *Op. cit.*, p. 25.

Na etimologia da palavra, autonomia significa a condição de quem é autor da própria lei. Em sentido lato, também quer dizer independência, falta de imposições ou coações externas e, também, no caso da antecipação da morte medicamente assistida, ausência de limitações e incapacidades pessoais que obstaculizam ou diminuem a liberdade de decisão⁸⁷.

A autonomia também está vinculada à autodeterminação, direito de liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade etc., bem como à realização do princípio da dignidade da pessoa e o direito ao desenvolvimento da personalidade.

Com efeito, relativamente ao direito de personalidade, previsto constitucionalmente no art. 26º da CRP, sendo a liberdade um bem essencial da personalidade humana e sustentáculo da própria dignidade da pessoa, a autonomia privada revela a expressão direta deste postulado básico, conjugado com os poderes individuais de autodeterminação e de autogestão da respectiva esfera dos interesses individuais.

Assim, vale destacar que a tutela dos direitos de personalidade não está restrita às hipóteses tipificadas, mas há que se reconhecer os direitos não tipificados expressamente na Constituição, como é caso da autonomia pessoal ou autodeterminação.

Ainda sobre a noção de liberdade, relevante para os efeitos da tutela civil da personalidade humana, consoante carácter geral da cláusula do art. 70º do Código Civil e do nº 1 do art. 27 da Constituição, a liberdade parece dever ser entendida como todo o poder de autodeterminação do homem, ou seja, o poder que o ser humano tem de controlar e regular a si mesmo, incluindo seu corpo, pensamentos, inteligência, vontade, emoções e comportamento. Isso envolve tomar decisões sobre suas ações e omissões, expressando sua própria liberdade ao escolher seus valores, objetivos e tomar iniciativas por conta própria.⁸⁸

A autonomia é um corolário da dignidade da pessoa humana, garantindo a cada indivíduo a liberdade de escolher seu próprio caminho, reconhecendo a capacidade intelectual e moral. Isso se reflete diretamente no direito à autodeterminação individual e à liberdade de moldar sua própria vida, conforme estabelecido no artigo 26º da Constituição. Este direito fundamental visa garantir a cada indivíduo a capacidade de se autodeterminar continuamente, fazendo suas próprias escolhas e determinando seu próprio destino por meio delas. Isso inclui o direito de uma pessoa decidir como e quando sua vida deve terminar, desde que esteja em condições de formar sua vontade livremente e agir de acordo com suas convicções.⁸⁹

⁸⁷ BARBAS, Stela Marcos de Almeida Neves. **Direito do Genoma Humano**. Reimp. Coimbra: Almedina, 2016. p. 290.

⁸⁸ SOUSA, Rabindranath Valentino Aleixo Capelo de. **O direito geral de personalidade**. 1ª Edição. Reimp. Coimbra Editora, 2011. p. 258.

⁸⁹ COSTA, Joana Fernandes. Tribunal Constitucional, **Acórdão 123/2021, “Declaração de Voto”** [Em linha], p. 68. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html> [Consult. em 12-03-2024]

A defesa e proteção da vida humana, como bem inviolável, não pode limitar capacidade de autodeterminação individual dos respectivos titulares, uma vez que é condição inerente de cada pessoa como sujeito moral e autônomo. Não se trata de escolha, mas da promoção da vida mediante garantia do direito à autonomia para decidir, inclusive, sobre as questões inerentes à sua própria existência.

Cabe ao próprio titular o direito de dar o destino que quiser à sua vida, como expressão direta da autodeterminação. No caso da antecipação da morte, como na eutanásia e o suicídio assistido, há que se reconhecer o direito de morrer com dignidade, realizada através da observância da vontade autodeterminada do indivíduo.

A decisão de cada pessoa de optar por pôr fim à sua vida cabe a ela, de forma exclusiva, soberana e absoluta, devendo o Estado abster-se de criar qualquer tipo de obstáculo ou condição prática para sua efetivação, diante de um pedido livre, sério e esclarecido.

Conforme asseverado anteriormente, a Constituição consagra que a vida humana é inviolável, sendo, logicamente, pressuposto fundante para todos os demais direitos. Contudo, é nessa dimensão que o ordenamento jurídico não pode limitar o exercício da autonomia pessoal, uma vez que se pressupõe existência digna da pessoa humana, titular do bem *vida*.

3.2.2.2. Relevância do princípio da autonomia privada do doente

É cediço que o paciente tem direito de receber informações completas sobre o seu real estado, diagnóstico, tratamento, prognóstico e todas as atividades terapêuticas possíveis, bem como todos os riscos possíveis, para que possa tomar uma decisão consciente e bem esclarecida. Logo, é dever do médico, esclarecer o paciente e aos familiares, de modo simples e compreensível, sobre os riscos, os objetivos terapêuticos e as possibilidades de sucessos do tratamento médico.

Assim, o consentimento esclarecido do paciente é imprescindível para garantir a primazia do princípio da autonomia da vontade. Maria Helena Diniz⁹⁰, citando Beauchamp e Childress, assevera: “a pessoa autônoma é aquela que não somente delibera e escolhe seus planos, mas que é capaz de agir com base nessas deliberações”.

Há de ser respeitado, em observância ao princípio da autonomia e da dignidade humana, o direito do paciente à autodeterminação e à participação todos os atos concernentes ao tratamento médico disponível, inclusive sobre a recusa ou aceitação de determinadas intervenções.

⁹⁰ DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.*, p. 550/551

Na mesma orientação, Stela Barbas⁹¹ assevera que “o direito de consentir um tratamento assenta no princípio da autonomia privada e no princípio da inviolabilidade da vida humana”.

A antecipação da morte medicamente assistida pressupõe a manifestação livre, consciente e reiterada de uma pessoa com doença incurável e sofrimento insuportável, que solicita, em pleno uso de suas faculdades mentais, o auxílio de profissionais de saúde para encerrar a vida, obedecendo os procedimentos clínicos e legais. Ora, trata-se de uma hipótese de morte a pedido do próprio titular do bem jurídico vida, sob o controle do Estado, de modo a concretizar o direito à autonomia individual e da dignidade da pessoa humana.

Assim, a decisão do paciente, ou seja, o consentimento (sério, livre e esclarecido) do titular do direito à vida, deve ter primazia sobre a antecipação do fim da vida, possibilitando a colaboração de terceiros, sem que haja responsabilidade penal, desde que cumpridos todos os requisitos legais. Inclusive, pelo próprio compromisso que a Constituição impõe de proteção e promoção da vida humana que é fundamental o respeito ao indivíduo, como sujeito autônomo e moralmente capaz, livre para decidir sobre sua própria existência.

Valérica Cardin e Lais Nery⁹², citando outros doutrinadores, asseveram que: “O prolongamento da vida, cercada de dor e de sofrimento, sem estar associada a uma ideia de cura, contraria as expectativas da autonomia e da dignidade do paciente (BOUDREAU; SOMERVILLE, 2014, p. 1), se opondo, inclusive, ao conceito de cuidado e respeito presente na seara médica. Se, de um lado, morrer transforma-se em um processo instrumentalizado para quem cuida e para quem é cuidado, por outro, as intervenções e as condutas médicas tomadas deixam de estar relacionadas ao cuidado respeitoso, pois, em alguns casos, o cuidado transforma-se em um prolongamento indesejado da vida (PERUZZO JÚNIOR, 2017, p. 123).”

Nesse sentido, é necessário um olhar humanitário para a finitude da vida, com a premissa que a morte deve ser enfrentada com qualidade e não com sofrimento, respeitando a autonomia e a dignidade do ser humano. Deve prevalecer sempre o bem-estar do paciente, com respeito a sua vontade, fundamentada nas suas próprias convicções e plano de vida.

Ainda, para que a autonomia da vontade seja respeitada em sua integralidade, importa analisar alguns aspectos a serem observados. O primeiro é a necessária compreensão da situação pelo paciente, conforme já asseverado, cabe ao médico informar ao enfermo o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, para somente, assim, tomar sua decisão de forma consciente. Além disso, é imprescindível que o paciente esteja com sua capacidade de

⁹¹ BARBAS, Stela Marcos de Almeida Neves. *Op. cit.*, p. 395.

⁹² CARDIN, Valéria Silva Galdino; NERY, Lais Moraes Gil. A Eutanásia Como Forma de Garantia da Autonomia da Vontade. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 8, n. 15, 2020, p. 98.

consentir em sua plenitude, afastando qualquer tipo de coação ou fatores externos e internos, ou seja, baseada na opinião de terceiro, que possam influenciar ou viciar sua decisão.

Além da capacidade de facto de tomar decisões da vida cotidiana, como sujeito de obrigações e deveres, da Teoria Geral do Direito, no caso do tratamento médico, é necessária uma capacidade especial, que deve ser atestada pelo médico, tendo em vista critérios sob o ponto de vista da condição psicológica, física, mental e as circunstâncias que o paciente está inserido⁹³.

Enfim, é necessário que a dignidade e a autonomia da vontade prevaleçam, reconhecendo o direito das pessoas se autorregular e se autodeterminarem, tendo suas escolhas respeitadas, em que pese serem contrárias as convicções de outras pessoas. A eutanásia e o suicídio assistido consistem em proporcionar o fim da vida de forma digna, na morte sem dor, sem sofrimento, evitando o prolongamento desnecessário da vida, respeitando a vontade do paciente no fim da vida.

A ampla tutela da autonomia e da autodeterminação em matéria de cuidados de saúde, no ordenamento português, consagra o direito ao consentimento informado enquanto dimensão do direito à integridade pessoal (art.º 25 da CRP). Para além, no artigo 26º, n.º 1, consagra o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, concretizando o axioma fundamental vertido no art.º 1 da CRP, a dignidade da pessoa humana.⁹⁴

3.3. Diretivas antecipadas de vontade

Em Portugal, a Lei nº 25/2012, de 16 de julho⁹⁵, regula as diretivas antecipadas de vontade, estabelecendo duas modalidades: o testamento vital e a nomeação de um procurador de cuidados de saúde.

As diretivas antecipadas de vontade, na forma do testamento vital, são disposições, reduzidas a termo em prontuário médico ou em cartório, no qual o paciente, de forma

⁹³ CARDIN, Valéria Silva Galdino; NERY, Lais Moraes Gil. *Op. cit.*, p. 104.

⁹⁴ DIAS, Patrícia Alexandra Matos Cardoso. **Diretivas antecipadas de vontade: intransmissibilidade do exercício de direitos de personalidade e a nomeação de um procurador em cuidados de saúde.** Universidade Autónoma de Lisboa: Dissertação de Mestrado, 2016. p. 43

⁹⁵ LEI Nº 25/2012, de 16 de julho. **Regula as diretivas antecipadas de vontade, sob a forma de testamento vital e procurador em cuidados de saúde, e cria o RENTEV.** Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/25-2012-179517> [Consult. em 12-03-2024]

consciente, especifica os tratamentos que deseja ou não se submeter ou a recusa por tratamento dolorosos ou invasivos se portador de doença terminal ou em situação de moléstia grave em que não haja possibilidade de recuperação, caso não tenha condições de manifestar sua vontade. Este documento é pessoal, intransferível e revogável a qualquer tempo.

O procurador de cuidados da saúde, que poderá ser nomeado cumulativamente ao alternativamente ao testamento vital, consiste na escolha de uma pessoa, que irá representar o enfermo no caso de se encontrar incapaz de expressar de forma pessoal e autônoma sua vontade, outorgando poderes para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou não receber.

O art.º 2, nº 2, da Lei nº 25/2012, de 16 junho, estabelece as disposições que podem constar nas diretivas antecipadas de vontade, expressada de forma manifesta e incontroversa pelo outorgante: “a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais; b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte; c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada; d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental; e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos”⁹⁶.

Outrossim, para outorgar um documento de diretivas antecipadas de vontade, é necessário que o outorgante, além de ser maior de idade e não se encontre interditado ou inabilitado por anomalia psíquica, seja capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido.

Stela Barbas⁹⁷ assevera que “o consentimento informado é a consagração do princípio da autonomia privada cuja importância, no que concerne às relações entre médico e doente, tem vindo a aumentar”.

O respeito pela autonomia se concretiza na manifestação expressa da vontade, consubstanciada no consentimento voluntário e informado, enunciado nas diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, no que concerne os cuidados de saúde que deseja ou não receber, ainda que sejam necessárias para manutenção da vida.

Em virtude do princípio da autonomia privada, desde que reconhecida a capacidade para tal e existam condições para exercê-la, o doente tem o direito de decidir sobre os cuidados de saúde que deseja receber, sendo que a decisão última cabe ao próprio.

⁹⁶ *Idem*.

⁹⁷ BARBAS, Stela Marcos de Almeida Neves. *Op. Cit.* p. 373.

Com efeito, Stela Barbas citando Mario Raposo⁹⁸ assevera que:

“O testamento de vida, esclarece Mario Raposo, não deve ser concebido, como um testamento, na acepção que vigora no nosso ordenamento jurídico, nem na maior parte das legislações como a portuguesa, onde não é ‘derrogável’ o requisito da ‘solenidade’. Os testamentos são elaborados para produzir efeitos após a morte do autor da sucessão enquanto os testamentos de vida são redigidos para valerem antes da morte. (...). No dizer do Autor, os testamentos de vida constituirão meras ‘declarações de vontade’ sem ‘destinatário concreto (família? Médico?)’ e cuja coercitividade será proveniente de um ‘imperativo ético’ que recairá sobre essas mesmas pessoas. Poder-se-ia, enquanto muito, configurar a hipótese de a deixa testamentária estar subordinada a uma condição que corresponderia a uma atitude a assumir pelo beneficiário antes da morte do testador. Todavia, as declarações que atentem contra o curso normal da vida do declarante são inválidas. Como sublinha Mário Raposo, será nulo e de nenhum efeito o pedido feito ao médico para provocar diretamente a morte do doente mesmo no caso de uma doença terminal. No entanto, o paciente deve ter legitimidade para pedir que, em fase terminal, não o sujeitem a tratamentos desproporcionados e já desnecessários (obstinação terapêutica), de modo a que o resto do tempo de sua vida e a sua própria morte tenham a maior dignidade possível.”

Enfim, o testamento vital, como instrumento que enumera as diretrizes prévias, emanada da vontade expressa do doente, sobre a forma que gostaria de ser tratado no tocante aos tratamentos de saúde, é a expressão máxima da tutela do princípio da autonomia privada.

3.4. Direito a uma morte medicamente assistida? Argumentos contrários.

Noutra seara, os juristas contrários à existência de um direito à morte medicamente assistida, enquanto direito de morrer mediante colaboração de profissionais de saúde relativamente a doente já incurso num processo natural (e irreversível) de morte, em situações-limite de doença grave, incurável e fatal, enumeram algumas razões para sustentar a incompatibilidade desse regime com o ordenamento jurídico-constitucional e jurídico-penal de tal direito do Estado português.

Nesse contexto, dentre outros argumentos, invocam o compromisso legalmente assumidos pelo Estado no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, especialmente cuidados paliativos e no final da vida, além de evidenciar os princípios éticos e deontológicos médicos.

Outrossim, em que pese os argumentos do direito morrer seja alicerçado no direito à liberdade e autonomia do doente sobre as decisões de fim de vida, defendem que, na realidade, as determinações normativas são amplamente motivadas por considerações economicistas, de

⁹⁸ BARBAS, Stela Marcos de Almeida Neves. *Op. Cit.*, p. 381.

dessolidarização com as pessoas mais débeis e (irremediavelmente) improdutivas, mas geradoras de custos elevados.⁹⁹

Notadamente, o argumento fundante é de que o direito à vida, consagrado no artigo 24º da Constituição portuguesa – a vida humana é inviolável – não possui uma dimensão negativa, no sentido de um direito a morrer ou a ser morto (por um terceiro ou com o apoio de uma autoridade pública). Nesse sentido, a liberdade de cada um se autodeterminar encontra-se um limite no próprio dever estatal de proteção da vida.

De acordo com Raquel Brízida Castro¹⁰⁰, “a liberdade de dispor da vida não pode encontrar alento constitucional no âmbito de protecção normativo do artigo 24.º da Constituição. Os conceitos de vida e de morte são incompatíveis o que quer dizer que o exercício do direito à vida não comporta a sua vertente negativa: o direito de morrer”.

À propósito, remete-se ao conceito de liberdade negativa, situada num espaço livre de Direito, assim considerado quando não são vedadas alternativas de ação. É o caso do suicídio, haja vista que nem a tentativa é penalizada pelo ordenamento jurídico-penal português. Neste caso concreto, existe uma alternativa de ação: o titular do bem vida pode pôr termo à sua vida ou vivê-la. No entanto, refere-se a um comportamento da pessoa sobre si mesma, assim entendido como uma liberdade de fato. O mesmo não ocorre com a interferência de terceiros, no homicídio a pedido da vítima ou no incitamento e ajuda ao suicídio, previsto no Código Penal português (arts. 134º e 135º), pois o ordenamento penal condena a intromissão de terceiro na livre disponibilidade da vida pelo seu titular.

Assim, em que pese entender que a disponibilidade da própria vida pelo seu titular não é vedada, estando dentro do seu âmbito de liberdade pessoal, não se confunde com a eutanásia, pois é um ato pessoal, sem interferência de terceiros, enquanto a morte medicamente assistida envolve a necessidade de intervenção de terceiros, em especial dos médicos e profissionais da saúde, mediante procedimento clínico, administrativo e legal, impondo uma obrigação para a Administração.

Portanto, esta via argumentativa se apoia na oposição ao direito de colaboração impune de terceiros, na consumação dos atos de disposição da própria vida, bem como a resistência ao um dever imposto ao Estado, consubstanciado em uma ação positiva, para atender à vontade de quem deseja morrer, fornecendo os meios, humanos, científicos ou técnicos, na ajuda médica à morte.

⁹⁹ BRITO, Teresa Quintela de. Algumas reflexões a propósito do acórdão n.º 123/2021 do tribunal constitucional. Constitucionalidade da eutanásia ativa direta? Mundividência, concepções de pessoa humana e de «ato médico» subjacentes aos decretos da Assembleia da República n.os 109. *Católica Law Review*, v. 6, n. 3, p. 99. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/catolicallawreview.2022.11751> [Consult em 08-04-2024]

¹⁰⁰ CASTRO, Raquel Brízida. **Um contributo para o estudo da eutanásia no direito constitucional português**. AAFDL, 2020. ISBN (versão digital): 978-972-629-585-3. p. 59

Ademais, no ordenamento jurídico português, a capacidade de determinar a própria existência não é uma liberdade jurídica não protegida, ou seja, simplesmente a permissão de realizar ou omitir ações. É, na verdade, uma liberdade legalmente protegida, pois existem normas objetivas que asseguram ao indivíduo o direito de realizar as ações permitidas sem interferência externa. Isso é evidenciado, por exemplo, no artigo 156.º, n.º 1, do Código Penal português, que sanciona intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias, estabelecendo a primazia da liberdade sobre a vida como um valor objetivo. Além disso, a alínea b) do n.º 3 do artigo 145.º também é relevante, pois indica que a coação simples não é punível - embora seja ilícita - quando visa prevenir o suicídio¹⁰¹.

Ademais convém transcrever as conclusões de Teresa Quintela de Brito¹⁰² sobre a liberdade negativa de suicídio:

“(i) Não há um dever de respeitar a autodeterminação do titular da vida, relativamente à autodisposição da mesma, exceto no caso dos médicos perante pacientes conscientes que de forma livre e responsável se opõem ao tratamento médico salvador.

Porém, este dever de respeito cumpre-se omitindo o tratamento médico³¹, n.o mediante um comportamento ativo de auxílio material ao suicídio do doente, pois a liberdade de dispor da própria vida tem um conteúdo exclusivamente negativo, não incluindo na sua esfera de proteção «um direito a ações positivas: maxime, o direito à ajuda médica à morte» [Castro (2020), pp. 61 e 70; no mesmo sentido, já antes, Canotilho/Moreira, VII ao art. 24.º];

(ii) Menos ainda existe um dever de respeitar a vontade do titular da vida que deseja que o matem;

(iii) Também não existe um qualquer «direito» do titular da vida a uma «morte autodeterminada», que possa fundar: (a) a permissão estatal de matar ou auxiliar ao suicídio aquele que em certas condições pede a morte, (b) a atribuição aos médicos e enfermeiros de um «direito de consciência» contrário aos respetivos deveres deontológicos, e (c) a consequente imposição a estes de um dever jurídico de eutanásia ativa direta ou de auxílio material ao suicídio [cfr. arts. 10.º/1 dos Projetos de Lei n.os 5/XV/1.^a (BE), 74/XV (PS), 83/XV/1.^a (PAN) e 111/XV/1.^a (IL): «o médico orientador e outro profissional de saúde, [estão] obrigatoriamente presentes aquando da administração dos fármacos letais»].”

Com efeito, o direito à morte medicamente assistida, no contexto eutanásico, fundamentado no direito à autodeterminação, à autonomia e no livre desenvolvimento da personalidade do titular da vida relativamente ao modo e momento de sua morte, não encontram respaldo no sistema jurídico português.

Assim, é ilegítimo e injustificável basear o "direito à eutanásia" no direito ao livre desenvolvimento da personalidade (art 26.º, n. 1 da CRP), pois este pressupõe a preservação da

¹⁰¹ *Idem.*, p. 69/70

¹⁰² BRITO, Teresa Quintela de. *Op cit.*, p. 114/115

vida, não a sua eliminação. A morte não constitui uma forma de desenvolvimento da personalidade, mas sim o seu fim¹⁰³.

Dessa forma, o direito ao livre desenvolvimento da personalidade não pode ser considerado como um direito geral de liberdade ilimitado, ou uma noção de liberdade absoluta, de fazer ou omitir o que se quiser. É imperioso admitir uma eventual intervenção restritiva, inclusive nos casos de proteção à vida e a dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, conforme salienta Inês Fernandes Godinho¹⁰⁴, que “a autodeterminação tem de ser limitada com vista a garantir uma protecção de outros bens jurídicos”.

Numa outra perspectiva, quando o Estado auxilia na morte de cidadão que se encontra em contexto eutanásico (pessoas que sofrem de "lesão definitiva de gravidade extrema" ou "doença grave e/ou incurável e/ou fatal e/ou terminal"), apoiado no direito à autodeterminação e ao livre desenvolvimento da personalidade, na prática reconhece um “direito de morrer”. Isso ocorre porque esse "direito" implica um dever do Estado de matar ou auxiliar no suicídio, que deve ser executado por profissionais da saúde (médicos e enfermeiros), em violação das normas éticas e deontológicas de suas profissões.

Outrossim, a corrente contrária à eutanásia, assevera que a sua legalização implica numa inequívoca aceção de vidas humanas, pois trata da morte de pessoas inúteis e improdutivas.

Diogo Leite de Campos e Eva Dias Costa argumentam que a permissão legal da eutanásia é utilizada como paradigma para encobrir motivações utilitaristas. Afirmam que a autonomia do paciente terminal só é relevante quando serve para aliviar o sofrimento dos que continuarão vivos. Segundo eles, o moribundo perde valor social e, consequentemente, sua dignidade. O poder sobre a própria morte só lhe é devolvido para que ele deixe de perturbar os vivos. Nesse contexto, o respeito pela vontade do paciente é resgatado e a "morte digna" se traduz em rápida e barata. O esquema é considerado perfeito, pois a economia é alcançada sem aparentar sacrificar princípios morais, já que a morte é justificada pela vontade do paciente e pelo respeito ao direito à autodeterminação¹⁰⁵.

Complementa Paulo Otero, salientando que a legalização da eutanásia pode ter motivações ocultas além da autonomia do paciente, como: (i) Redução de despesas de saúde para o Estado: Em casos de tratamentos onerosos para doenças terminais, a eutanásia pode ser

¹⁰³ OTERO, Paulo. **Eutanásia, Constituição e deontologia médica**. AAFDL Editora, Lisboa, 2020. In BRITO, Teresa Quintela de. *Op cit.*, p. 116

¹⁰⁴ GODINHO, Inês Fernandes. *Op. cit.*, p. 108.

¹⁰⁵ CAMPOS, Diogo Leite de; COSTA, Eva Dias, **O direito à vida implica o direito a morrer? Pessoa e eutanásia**, in Homenagem ao Professor Doutor Germano Marques da Silva, (Coord.) José Lobo Moutinho, Henrique Salinas, Elsa Vaz de Sequeira e Pedro Garcia Marques, Universidade Católica Editora, Lisboa, 2020 In BRITO, Teresa Quintela de. *Op cit.*, p. 123.

vista como uma forma de diminuir os custos do sistema de saúde; (ii) Solução para o problema do financiamento da segurança social: Com a morte do paciente, os encargos prestacionais da segurança social cessam, o que pode ser visto como uma forma de aliviar a pressão sobre o sistema; (iii) Minimização do trauma da família: Em uma sociedade onde a morte se tornou um tabu, a eutanásia pode ser vista como uma forma de evitar o sofrimento da família durante o processo de morte do ente querido; (iv) Dificuldade de conciliar o cuidado de enfermos e dependentes com as exigências laborais e o ritmo acelerado da vida moderna; (v) Falta de suporte social e familiar para o cuidado de pessoas com doenças terminais¹⁰⁶.

Ainda, destacam que a regulamentação da eutanásia coloca em sério risco às pessoas socialmente mais vulneráveis, como idosos, pessoas com deficiência, doentes crônicos e pessoas indefesas, em face de políticas públicas de abuso e discriminação.

Ademais, a consagração legal da antecipação da morte contrapõe-se aos deveres do Estado no que tange ao dever estatal de proteger a vida das pessoas contra ataques ou ameaças de terceiros; assegurar a todos os cuidados de saúde adequados a cada cidadão, mesmo no tocante aos cuidados paliativos; e no deve de abster-se de ações ou da utilização de meios que criem perigo desnecessário ou desproporcional para a vida das pessoas; enfim, todas as proibições e imposições para consagração do direito à vida¹⁰⁷.

Apoia-se, ainda, na ideia de que a decisão de praticar a eutanásia nunca se baseia apenas na vontade do paciente. Ela é sempre o resultado de um julgamento de valor sobre a qualidade de vida. O fundamento da eutanásia se baseia na ideia de que algumas vidas não merecem (mais) ser vividas.¹⁰⁸

Outrossim, o perigo reside na possibilidade de, a longo prazo, a autorização da eutanásia poder evoluir para que tais práticas sejam realizadas sem o consentimento do paciente, por piedade ou razões socioeconômicas.

Teresa Quintela de Brito¹⁰⁹, citando Etienne Montero, também suscita “o risco de o ‘direito à eutanásia’ se transformar, em muitos casos, num ‘cruel dever’ para aqueles que, padecendo de ‘lesão definitiva de gravidade extrema’ ou de ‘doença grave e/ou incurável e/ou fatal e/ ou terminal’, se sentem culpados ‘pela carga que representam para os demais, por onerarem financeiramente a sociedade [e a família] e por se obstinarem em viver negando exercer o seu direito à eutanásia’”.

¹⁰⁶ OTERO, Paulo. *Op. cit.*, p. 123

¹⁰⁷ CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital. *Op. cit.*, p. 448.

¹⁰⁸ DE AZEVEDO, António Junqueira. **Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana**. Revista da Faculdade de Direito, v. 97, Universidade de São Paulo, 2002. p. 117. Disponível em <http://www.usp.br/revistausp/n53/fjunqueiraintexto.html>. [Consult em 25-09-2024]

¹⁰⁹ BRITO, Teresa Quintela de. *Op. cit.*, p. 128.

Em conclusão, a Autora aponta os danos que a legalização da eutanásia pode provocar:

- “(i) Banaliza e normaliza a «antecipação da morte» por pessoas com «lesão definitiva de gravidade extrema» ou «doença grave e/ou incurável e/ou fatal e/ou terminal»;
- (ii) Desprotege as pessoas mais vulneráveis, negando-lhes a solidariedade, a compaixão e o acompanhamento que lhes são especialmente devidos;
- (iii) Abandona-as a uma medicina hospitalar «muito condicionada por circunstância económicas»;
- (iv) Modifica a compreensão da profissão médica e do ato médico, destruindo a sua estrutura e integridade moral;
- (v) Altera o próprio modelo de medicina: esta deixa de ser a arte e a ciência de tratar, cuidar e acompanhar para se converter em mera técnica de execução de objetivos (ideológicos) de dada política governamental de saúde;
- (vi) Quebra a relação de confiança e diálogo entre profissionais de saúde e doentes.”¹¹⁰

Com efeito, para os opositores, a liberdade de dispor da própria vida não constitui credencial constitucional habilitante de um direito à ajuda médica à morte. A invocação do direito à autodeterminação, ao livre desenvolvimento da personalidade e da dignidade da pessoa humana não são válidos nem suficientes para justificar um alegado direito à intervenção de outros, máxime médicos, no sentido de ajudar à morte. Como vimos, a liberdade de dispor da própria vida não implica um direito a ações positivas. Inclui apenas um direito de não interferência, num sentido ou no outro, o que justifica, aliás, que o incitamento e a ajuda ao suicídio sejam penalizados pelo Código Penal português (artigo 135.º), sem que se possa falar de uma contradição axiológica¹¹¹.

Contudo, à luz de todos os argumentos já lançados nos tópicos anteriores deste capítulo, importa ponderar, em contraposição, que o dever do Estado de proteger e promover a vida é incontestado. Porém a CRP também garante o direito individual à autodeterminação e a capacidade pessoal de tomar decisões sobre sua própria vida.

O direito à autonomia pessoal, derivado do direito fundamental à personalidade, estabelecido no artigo 26.º, nº 1, da Constituição, abrange uma proteção ampla da individualidade de cada pessoa, baseada em sua livre formação. Esse direito protege a liberdade de cada indivíduo para determinar sua vida de acordo com sua vontade. Isso inclui também o direito de decidir sobre o fim da vida, o momento e o método de morrer, bem como a liberdade de buscar ajuda para esse fim.

Nesse sentido, o direito à morte medicamente assistida fundamenta-se, além da autodeterminação, na dignidade da pessoa humana e a necessidade de garantir qualidade de vida até o fim da vida. É importante ressaltar que o desejo de antecipar a morte, através da

¹¹⁰ *Idem.*, p. 148.

¹¹¹ CASTRO, Raquel Brízida. *Op cit.*, p. 105.

eutanásia ou do suicídio assistido, tem com pressuposto basilar o alívio do sofrimento de uma pessoa.

Defendemos que, tanto os pacientes que consideram a morte assistida, quanto os médicos que a praticam, têm como objetivo principal acabar com o sofrimento, especialmente quando o paciente está em uma condição clínica sem perspectivas de melhora. Portanto, quando esses pacientes expressam o desejo de morte assistida, estão basicamente escolhendo morrer de forma digna e controlada, em contraste com uma morte potencialmente dolorosa e prolongada, decorrente da doença grave e incurável.

Por fim, importa consignar que, no suicídio assistido e na eutanásia ativa direta, cabe ao legislador estabelecer critérios materiais, formais e procedimentais rígidos, para verificar a regularidade e persistência da decisão de renunciar à vida, a fim de legitimar a não punibilidade da morte medicamente assistida. Ao estabelecer uma legislação firme e adequada, através da qual se garante a observância e comprovação da manifestação inequívoca e reiterada da vontade, além de outros requisitos como a situação de sofrimento intenso, com lesões definitivas de gravidade extrema ou doenças graves e incuráveis, afastam-se as hipóteses e riscos de utilização destes recursos como subterfúgios ocultos, utilitaristas ou eugênicos.

Trata-se, portanto, de garantir o direito a quem assim o desejar, de abreviar a vida, em situações específicas e restritivas, respeitando a individualidade de cada pessoa, e, não, uma obrigação imposta pelo Estado. É o reconhecimento pleno da autonomia individual, como corolário do princípio da dignidade da pessoa humana e do desenvolvimento da personalidade, para determinar todos os aspectos de sua vida, incluindo a decisão sobre o seu fim.

4. EUTANÁSIA NO MUNDO – SÍNTESE LEGISLATIVA

A morte medicamente assistida tem revelado soluções muito diferentes nos diversos países do mundo. Algumas nações optaram pela despenalização e regulamentação explícita da eutanásia ativa e/ou do suicídio assistido, enquanto outras toleram o suicídio assistido sem uma regulamentação legal específica. Em contraste, há países que proíbem tanto a eutanásia ativa quanto o suicídio assistido.

Assim, percorreremos alguns ordenamentos jurídicos estrangeiros, fazendo um cotejamento sobre como a eutanásia e o suicídio assistido encontram-se disciplinados e as soluções legais nos diferentes países, tanto pela via da legalização quanto pela via da restrição.

4.1. Holanda

Em abril de 2002, os Países Baixos foram o primeiro Estado europeu a despenalizar e a regular a eutanásia ativa e o suicídio assistido, com a entrada em vigor da Lei sobre o Termo da Vida a Pedido e Suicídio Assistido, aprovada em abril de 2002¹¹². Esta lei promoveu alterações aos artigos do Código Penal que criminalizavam o homicídio a pedido e a ajuda ao suicídio (artigos 293.º e 294.º), com a despenalização destas condutas, quando praticadas por um médico, desde que cumprido os requisitos legais.

A aprovação da lei que despenalizou as práticas de antecipação da morte medicamente assistida foi precedida de debates ao longo de décadas na sociedade holandesa. Com efeito, foram os tribunais holandeses que consolidaram, jurisprudencialmente, a tendência de justificar e atenuar as situações de morte medicamente assistida, ficando estabelecido que, quando um paciente em sofrimento insuportável e irreversível solicitasse voluntária e conscientemente a eutanásia, um médico que concordasse com esse pedido, desde que observadas um conjunto de requisitos de boa prática, incluindo a notificação do caso e a omissão da menção de morte natural no certificado de óbito, não seria condenado¹¹³.

Assim, a despenalização e regulamentação da eutanásia ativa e do suicídio assistido, por via legal, não constituiu propriamente inovação no ordenamento jurídico, uma vez que já estava sedimentada pela jurisprudência da Suprema Corte holandesa. Os precedentes mais importantes para sustentar a adoção da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e

¹¹² DUTCH law on Termination of life on request and assisted suicide. Disponível em <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/> [Consult. em 06-02-2024]

¹¹³ SARAIVA, Rodrigo Alves Pereira Carvalho. **A prática de eutanásia na Holanda: artigo de revisão**. 2016. Tese de Doutorado. Disponível em <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29447/1/RodrigoASaraiva.pdf> [Consult. em 06-02-2024]

Suicídio Assistido foram: NJ 1985, 106 (*Schoonheim-arrest*); NJ 1989, 391; NJ 1994, 656 (*Chabot-arrest*); NJ 1996, 322; e NJ 2003, 167 (*Sutorius-arrest*)¹¹⁴.

No preâmbulo da Lei constam os principais objetivos, quais sejam a transparência da prática da eutanásia e a certeza jurídica. Com as alterações procedidas com a promulgação da lei, nos termos do art. 293, nº 1 do Código Penal holandês (Homicídio a pedido da vítima), quem matar outrem a pedido expresso e sério da vítima é punido com pena de prisão de até 12 anos ou com pena de multa. No entanto, o nº 2 do mesmo artigo, prevê que a conduta descrita no nº 1 não será punível, se praticada por médico que tenha cumprido os critérios de cuidado devido, referidos no art. 2º da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido, desde que informe o médico-legal municipal do fato, nos termos do art. 7, nº 2, da Lei de Enterros e Cremações. No caso do auxílio ao suicídio, previsto no art. 294 do CP holandês, aplicar-se-á a mesma regra do nº 2 do art. 293, haja vista que cumprindo os requisitos, a conduta não será punível¹¹⁵.

Com efeito, os requisitos de cuidado, previstos no art. 2 da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido, para que o médico possa praticar a eutanásia, são: a) O médico deve estar convencido de que se trata de um pedido do paciente, voluntário e bem pensado; b) O médico também deve estar convicto de que as dores e o sofrimento do doente é duradouro e insuportável; c) O paciente deve ter sido esclarecido sobre a situação na qual ele se encontrava e sobre suas perspectivas; d) Deve-se chegar à conclusão de que não havia outra solução razoável para o paciente; e) Deve-se consultar a opinião de pelo menos um outro médico independente que ateste, por escrito, os quatro requisitos anteriores; f) A eutanásia deve ser executada com o devido cuidado¹¹⁶.

¹¹⁴ DE ALBUQUERQUE, Roberto Chacon. A lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido e a Constituição holandesa. **Revista da Faculdade de Direito**, Universidade de São Paulo, v. 103, 2008, p. 359.

¹¹⁵ GODINHO, Inês Fernandes. *Op. Cit.*, p. 271-272.

¹¹⁶ *Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide. Chapter II. Requirements of Due Care.*

1.1. Article 2.

1.2. 1. The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician:

1.3. a. holds the conviction that the request by the patient was voluntary and well-considered;

1.4. b. holds the conviction that the patient's suffering was lasting and unbearable;

1.5. c. has informed the patient about the situation he was in and about his prospects;

1.6. 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

1.7. f. has terminated a life or assisted in a suicide with due care.

TRADUÇÃO

Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. Capítulo II. Requisitos de cuidado. Art. 2.

1. As exigências de cuidado, mencionadas no art. 293, § 2º, do Código Penal determinam que o médico:

a) deve ter a convicção de que o pedido do paciente foi voluntário e bem ponderado;

b) deve ter a convicção de que o sofrimento do paciente foi duradouro e insuportável;

c) deve ter informado ao paciente sobre a situação na qual ele se encontrava e sobre suas perspectivas;

Ainda, conforme o nº 2 do art. 2 da referida lei, no caso do doente com 16 anos ou mais e não ser mais capaz de expressar sua vontade, mas antes tiver feito uma declaração por escrito contendo o pedido de terminação da vida, o médico poderá atender o seu pedido, observando os cuidados devidos, conforme previsto no parágrafo 1º. Se o paciente tiver entre 16 e 18 anos e tiver o discernimento necessário sobre os seus interesses, o médico poderá executar o pedido de antecipação da morte, após a participação dos pais e/ou tutor no processo decisório (nº 3, art. 2 da Lei). Por fim, se o paciente tiver entre 12 e 16 anos, e for considerado que tem um discernimento suficiente sobre os seus interesses, o médico poderá executar a eutanásia ou suicídio assistido, porém com a concordância dos pais e/ou tutor.

A Lei holandesa ainda dispõe sobre as Comissões Regionais de Verificação do Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido, como estabelecimento, composição e nomeação, e todo protocolo que deve ser seguido à prática da eutanásia ou do suicídio assistido, para verificação do cumprimento de todas as exigências legais, sob pena do médico poder ser condenado à luz dos arts. 293 e 294 do Código Penal.

Recentemente, foi anunciado pelo Ministro da Saúde holandesa a proposta de alteração legislativa para permitir a eutanásia em crianças menores de 12 anos, acometidas de doença terminal, incurável, que cause um sofrimento insuportável¹¹⁷.

4.2. Bélgica

Por sua vez, a Bélgica aprovou o *The Act on Euthanasia*, de 28 de maio de 2002¹¹⁸, autorizando a eutanásia ativa. A Lei belga define a eutanásia como “ato praticado por terceiro que põe fim intencionalmente à vida de uma pessoa a pedido desta”¹¹⁹.

Contudo, a Lei estabelece as condições e os procedimentos para que a antecipação da morte, designadamente a eutanásia não seja considerado um fato punível. A primeira condição estabelecida na Lei é que o ato seja praticado por um médico que assegure: 1. Que se trata de solicitação voluntária, ponderada e repetida, sem pressão externa, de paciente maior ou menor emancipado, capaz e consciente; 2. O paciente, adulto ou menor emancipado, se encontre em

d) o paciente deve ter a convicção que não havia outra solução razoável para a situação na qual este se encontrava;
e) deve ter consultado ao menos um outro médico independente que tenha visto o paciente e escrito um parecer sobre as exigências de cuidado, mencionadas da alínea “a” -“d”; e
f) terminar a vida ou assistido o suicídio com o devido cuidado.)

Disponível em <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/>

¹¹⁷ <https://www.reuters.com/world/europe/dutch-widen-right-to-die-include-terminally-ill-children-2023-04-14/>

¹¹⁸ ACT ON EUTHANASIA OF 28 MAY 2002. Disponível em <https://www.admd.be/information/legislation-belge/> [Consult. em 06-02-2024]

¹¹⁹ Art. 2. *Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.*

situação médica desesperadora e relate sofrimento físico ou psicológico constante e insuportável; 3. Resultante de uma patologia incurável e grave (decorrente de acidente ou doença), mediante situação médica irremediável, sem saída; 4. Cumprir as condições e procedimentos previstos na legislação¹²⁰.

Por seu turno, o médico ainda deverá cumprir os seguintes procedimentos previstos em lei: a) coletar o pedido por escrito do paciente; b) informar o paciente sobre seu estado de saúde e expectativa de vida, discutir as possibilidades terapêuticas ou paliativas; c) chegar à conclusão de que não há alternativa razoável e que o pedido do paciente é totalmente voluntário; d) assegurar a persistência do sofrimento físico ou psicológico e a vontade reiterada do paciente; e) consultar outro médico independente do paciente e do médico assistente e competente na patologia em questão, que leia o processo, examine o paciente e faça um relatório sobre a gravidade e incurabilidade do estado de saúde e a inviabilidade do sofrimento; f) em caso de morte imprevisível a curto prazo: consultar um segundo médico independente, psiquiatra ou especialista na patologia em questão, que dê sua opinião sobre a natureza inabalável do sofrimento e sobre a qualidade do pedido e respeitar um período de um mês entre o pedido por escrito e a eutanásia; g) conversar com a equipe de saúde, se houver, e com parentes se o paciente desejar; h) garantir que o paciente teve a oportunidade de falar com as pessoas que deseja encontrar; i) registrar todos os documentos no prontuário médico¹²¹.

¹²⁰ Art. 3°. § 1er. *Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :*

- *le patient est majeur ou mineur émancipé, capable ou encore mineur doté de la capacité de discernement et est conscient au moment de sa demande ;*
- *la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ;*
- *le patient, majeur ou mineur émancipé, se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ;*
- *le patient mineur doté de la capacité de discernement se trouve dans une situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraîne le décès à brève échéance, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable; (depuis 2014)*
- *et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.*

¹²¹ Art. 3°. § 2. *Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :*

1. *informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ;*
2. *s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ;*
3. *consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.*

Mais tarde, em 2014, a regulação da morte assistida no ordenamento jurídico belga sofreu uma alteração destinada a permitir a eutanásia ativa para menores de idade com capacidade de discernimento, atestada por um psiquiatra infantil ou um psicólogo, em casos em que a morte seja inevitável a curto prazo, acometido de dores insuportáveis (apenas sofrimento físico levado em consideração, nenhuma condição psiquiátrica levada em conta) e haja consentimento do pais ou de qualquer outra pessoa que exerça o poder paternal. Atualmente, a Bélgica é o único país no mundo que permite a morte assistida em menores de 12 anos¹²².

A legislação ainda estabelece a criação de uma Comissão Federal para acompanhamento e controle de avaliação da aplicação da Lei da Eutanásia.

É importante destacar que a legislação mencionada não se aplica a casos de suicídio assistido, ressaltando, ainda, que a assistência ao suicídio não é criminalizada pelo Código Penal belga.

4.3. Luxemburgo

No Luxemburgo, a eutanásia ativa e o suicídio assistido são legalmente admissíveis desde março de 2009, com a promulgação da Lei¹²³ que procedeu a uma alteração do Código

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;

4. s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci ;

5. si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne ;

6. s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

7. en outre, lorsque le patient est mineur non émancipé, consulter un pédopsychiatre ou un psychologue, en précisant les raisons de cette consultation.

Le spécialiste consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure de la capacité de discernement du mineur, et l'atteste par écrit.

Le médecin traitant informe le patient et ses représentants légaux du résultat de cette consultation.

Le médecin traitant s'entretient avec les représentants légaux du mineur en leur apportant toutes les informations visées au § 2, 1°, et s'assure qu'ils marquent leur accord sur la demande du patient mineur

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès du patient majeur ou mineur émancipé n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1. consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;

2. laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

¹²² **Netherlands to extend euthanasia access to terminally ill children under 12 this year.** NL Times, Abril: 2023. Disponível em <https://nltimes.nl/2023/04/14/netherlands-extend-euthanasia-access-terminally-ill-children-12-year> [Consult. em 06-02-2024]

¹²³ LOI DU 16 MARS 2009 SUR L'EUTHANASIE ET L'ASSISTANCE AU SUICIDE. Disponível em <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo> [Consult. em 06-02-2024]

Penal destinada a despenalizar estas condutas e consagrou o regime jurídico aplicável a tais procedimentos (artigo 397-1)¹²⁴, fortemente inspirado pela legislação belga. Concomitantemente, foi aprovada a lei relativa aos cuidados paliativos, às diretivas antecipadas e ao acompanhamento no fim de vida.

Apesar de inspirada na lei belga, a legislação luxemburguesa prevê expressamente o suicídio assistido, porém exclui do universo dos destinatários os menores.

De acordo com o artigo 1º, para efeitos da Lei¹²⁵, a eutanásia deve ser entendida como “o ato, praticado por um médico, que intencionalmente põe fim à vida de uma pessoa a pedido expresso e voluntário desta”. Outrossim, o suicídio assistido significa “o facto de um médico intencionalmente ajudar outra pessoa a cometer suicídio ou fornecer a outra pessoa os meios para o fazer, a pedido expresso e voluntário desta”.

A Lei também estabelece as condições em que a prática da eutanásia ou suicídio assistido não é punível, sendo elas: 1) o paciente ser adulto, capaz e consciente no momento de sua solicitação; 2) o pedido deve ser feito voluntariamente, considerado e, se necessário, repetido, e não sendo resultado de pressão externa; 3) o paciente deve se encontrar em situação médica desesperadora e com relato de sofrimento físico ou psicológico constante e insuportável, sem perspectiva de melhora, decorrente de quadro accidental ou patológico; 4) o pedido de eutanásia ou suicídio assistido do paciente seja registrado por escrito. (art. 2º, nº 1, da Lei)¹²⁶

As condições formais e procedimentais estão previstas no art. 2º, nº 2, sendo, em sua maioria, idênticos ao da lei Belga. Inês Godinho¹²⁷, em sua doutrina, apresenta as diferenças entre as duas legislações, que podem ser resumidas da seguinte forma: “(i) o pedido do doente

¹²⁴ Art. 397-1. (L. 16 mars 2009) *Ne tombe pas sous le champ d'application de la présente section le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide dans le respect des conditions de fond visées à la loi du 16 mars 2009 sur euthanasie et l'assistance au suicide.* (Tradução do autor: Não se enquadra no escopo desta seção sobre feito por um médico para atender a um pedido de eutanásia ou suicídio assistido no cumprimento das condições substantivas previstas na lei de 16 de março de 2009 sobre eutanásia e suicídio assistido.).

Disponível em:
https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/lux/2014/criminal_code_of_luxembourg_html/cp_L2T08.pdf

¹²⁵ LOI DU 16 MARS 2009 SUR L'EUTHANASIE ET L'ASSISTANCE AU SUICIDE. *Op. Cit.*

Art. 1er. Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci. Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci.

¹²⁶ Art. 2. 1. N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, si les conditions de fond suivantes sont remplies:

- 1) le patient est majeur capable et conscient au moment de sa demande;
- 2) la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
- 3) le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique;
- 4) la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est consignée par écrit.

¹²⁷ GODINHO, Inês Fernandes. *Op. cit.*, p. 279-280.

pode ser respeitante a eutanásia ou suicídio assistido; (ii) o médico assistente apenas poderá conferenciar com a equipe de apoio no caso de não existir oposição do doente; (iii) o médico assistente poderá discutir com a pessoa de confiança indicada pelo doente se não existir oposição deste último; (iv) o médico assistente deverá informar-se junto da Comissão Nacional de Acompanhamento e Avaliação se as disposições de fim de vida em nome do doente encontram registadas”.

Importa destacar que a solicitação do paciente deve ser feita por escrito, datado e assinado pelo próprio paciente. No caso de se encontrar fisicamente incapaz de escrever e assinar o seu pedido, este é registado por escrito por um adulto à sua escolha, devendo este indicar os motivos e assinar, na presença do médico assistente, cujo nome também deve constar no documento. O paciente pode revogar seu pedido a qualquer momento, caso em que o documento é retirado do prontuário e devolvido ao paciente. Todas as solicitações feitas pelo paciente, bem como as providências do médico assistente e seus resultados, incluindo os laudos dos médicos consultados, devem ser regularmente registrados no prontuário (art. 2º, parte final).

A Lei luxemburguesa, nos moldes da lei belga, prevê a existência de uma Comissão Nacional de Controle e Avaliação para acompanhamento e fiscalização, devendo o médico preencher uma declaração oficial e remetê-la à Comissão cada vez que praticar eutanásia.

4.4. Suíça

Na Suíça, apesar de não haver uma legislação específica sobre a antecipação da morte medicamente assistida, o Código Penal suíço¹²⁸ estabelece normas que devem ser levadas em consideração no tocante a prática da eutanásia e do suicídio assistido.

O art. 114 do Código Penal dispõe que quem matar outrem por motivos piedosos a pedido sério e instante da vítima será punido com pena de prisão de até 3 anos ou com pena de multa¹²⁹. Evidente, portanto, o tratamento privilegiado no caso de homicídio a pedido da vítima.

Por seu turno, nos termos do art. 115, quem, por motivos egoístas, incitar outrem ao suicídio ou para esse fim lhe prestar auxílio, ou se essa pessoa cometer ou tentar cometer suicídio posteriormente, é punido com pena privativa de liberdade não superior a 5 anos ou a uma multa pecuniária se o suicídio for tentado ou vier a se consumir¹³⁰. Noutras palavras, o

¹²⁸ SWISS CRIMINAL CODE. Disponível em https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/en [Consult. em 06-02-2024]

¹²⁹ Homicide at the request of the victim

Art. 114. Any person who for commendable motives, and in particular out of compassion for the victim, causes the death of a person at that person's own genuine and insistent request shall be liable to a custodial sentence not exceeding three years or to a monetary penalty.

¹³⁰ Inciting and assisting suicide.

auxílio ao suicídio somente será punido se por motivos egoístas, logo, o suicídio assistido não é punível.

Assim, apesar de não ter uma regulamentação própria, como nos países da Benelux, a lei suíça tolera essas práticas, utilizando de uma legislação liberal relativa suicídio assistido para oferecer tal assistência a pedido para pessoas gravemente doentes que desejam morrer.

Na Suíça estão presentes duas organizações dedicadas à causa da autodeterminação humana, com objetivo assegurar uma vida e uma morte digna aos seus membros e permitir que outras pessoas beneficiem destes valores, proporcionando auxílio as pessoas que desejam cometer suicídio: a “EXIT”, fundada em 1982, e a “DIGNITAS – *To live with dignity - to die with dignity*”, fundada em 1998.

4.5. Espanha

A Espanha aprovou, em março de 2021, a Lei Orgânica 3/2021¹³¹, que alterou o art. 143, nº 4 e 5, do Código Penal¹³², legalizando e regulamentando a eutanásia. Assim, vale transcrever um fragmento do preâmbulo da citada Lei:

“En definitiva, esta Ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por esta la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. Así definida, la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica”

Art. 115. Any person who for selfish motives incites or assists another to commit or attempt to commit suicide is, if that other person thereafter commits or attempts to commit suicide, liable to a custodial sentence not exceeding five years or to a monetary penalty.

¹³¹ ESPANHA - LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA. Disponível em <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628> [Consult. em 06-02-2024]

¹³² ESPANHA - LEY ORGÁNICA 10/1995, DE 23 DE NOVIEMBRE, DEL CÓDIGO PENAL. Disponível em <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444> [Consult. em 06-02-2024]

Com efeito, a lei espanhola inovou o ordenamento jurídico reconhecendo o direito à morte autodeterminada, no quadro do direito ao livre desenvolvimento de personalidade.

Segundo a Lei, a prestação de ajuda para morrer pode ser feita sob duas modalidades: 1º) A administração direta de uma substância ao paciente pelo profissional de saúde competente (eutanásia ativa direta); 2º) A prescrição ou fornecimento ao paciente pelo profissional de saúde de uma substância, para que este autoadministre, para causar sua própria morte (suicídio assistido). (Art. 3º, letra g).

A decisão de solicitar assistência no morrer deve ser uma decisão autónoma do paciente, entendida como aquela que se baseia no conhecimento do processo médico, após ter sido devidamente informada pela equipa de saúde responsável. O histórico médico deve registrar que as informações foram recebidas e compreendidas pelo paciente (art. 4º, nº 2).

Para receber assistência na morte, a pessoa deve atender a todos os seguintes requisitos: a) Ter nacionalidade espanhola residência legal ou certificado de registo comprovativo de permanência em território espanhol superior a doze meses, ser maior de idade e estar apto e consciente no momento do pedido; b) Ter informação escrita sobre o seu processo médico, as diferentes alternativas e possibilidades de atuação, incluindo o acesso a cuidados paliativos integrais incluídos na carteira comum de serviços e as prestações a que tem direito de acordo com o regulamento sobre cuidados a dependentes; c) Por a termo dois pedidos voluntariamente e por escrito, ou por outro meio que permita registo, e que não resulte de qualquer pressão externa, deixando entre eles um afastamento de, pelo menos, quinze dias de calendário; d) Sofrer de doença grave e incurável ou de estado grave, crónico e incapacitante nos termos estabelecidos na presente Lei, atestado pelo médico responsável; e) Fornecer consentimento informado antes de receber assistência para morrer. Tal consentimento será incorporado ao histórico médico do paciente. (art. 5º, nº 1)

Assim como nas demais legislações que autorizam a prática da antecipação da morte medicamente assistida, a lei espanhola ainda dispõe sobre os requisitos formais para solicitar a prestação de ajuda para morrer, os impedimentos e o procedimento para sua realização, seja do profissional de saúde ou da Comissão de Garantia e Avaliação para sua autorização e posterior fiscalização.

4.6. Alemanha

Na Alemanha, no que concerne a eutanásia e ao suicídio assistido, não existe legislação específica sobre a matéria, devendo-se analisar os dispositivos previstos no Código Criminal alemão (*Strafgesetzbuch – StGB*)¹³³.

O StGB dispõe no seu § 216 (Homicídio a pedido da vítima) que quem for induzido a matar a pedido expresso e sério da pessoa morta incorre em pena de prisão por um período de seis meses a cinco anos, sendo a tentativa. Constitui-se, portanto, de uma hipótese privilegiada de homicídio.

Em 10 de dezembro de 2015, entrou em vigor a lei que regulamentou o suicídio assistido, incorporando o primeiro regulamento que criminalizou o suicídio assistido na Alemanha, na medida em que o § 217 do StGB assim determinou: (1) Quem, com a intenção de ajudar outra pessoa a cometer suicídio, fornece, procura ou arranja a oportunidade para essa pessoa fazê-lo e cujas ações são pretendidas como uma busca recorrente incorre em pena de prisão por um período não superior a três anos ou multa. (2) Um participante cujas ações não tenham a intenção de ser uma busca recorrente e que seja um parente ou próximo da pessoa referida na subseção (1) está isento de punição.

Antes da implementação da Seção 217 do Código Penal Alemão, ajudar e instigar o suicídio não era punível, tendo em vista o princípio da acesssoriiedade em relação a não incriminação do suicídio.

Todavia, o Tribunal Constitucional Federal Alemão em seu Acórdão nº 12/2020, de 26 de fevereiro de 2020¹³⁴, decidiu pela inconstitucionalidade o § 217 do StGB, nos seguintes termos:

- “1. a) Como expressão da autonomia pessoal, o direito geral da personalidade (art. 2.º, n.º 1, em conjugação com o artigo 1.º, n.º 1 da Lei Básica) abrange o direito à morte autodeterminada.
 - b) O direito à morte autodeterminada inclui a liberdade de tirar a própria vida. Quando um indivíduo decide acabar com a própria vida, tendo chegado a essa decisão com base em como ele define pessoalmente a qualidade de vida e uma existência significativa, sua decisão deve, em princípio, ser respeitada pelo Estado e pela sociedade como um ato de autonomia pessoal e autogestão. determinação.
 - c) A liberdade de tirar a própria vida abrange também a liberdade de procurar e, se for oferecida, valer-se da ajuda de terceiros para esse fim.
2. Mesmo as medidas estatais que apenas tenham efeitos indirectos ou fáticos podem constituir uma violação de direitos fundamentais e, por isso, carecer de justificação constitucional. A criminalização dos serviços de suicídio assistido no § 217(1) do Código Penal torna de fato impossível para pessoas

¹³³ GERMAN CRIMINAL CODE in the version published on 13 November 1998 (Federal Law Gazette I, p. 3322), as last amended by Article 2 of the Act of 22 November 2021 (Federal Law Gazette I, p. 4906). Disponível em https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html#p2032 [Consult. em 06-02-2024]

¹³⁴ THE FEDERAL CONSTITUCIONAL COURT - BVerfG, Judgment of the Second Senate of 26 February, 2020, p. 1-343. Disponível em http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715en.html [Consult. em 06-02-2024]

que desejam cometer suicídio fazer uso de serviços de suicídio assistido como sua forma escolhida de suicídio.

3. a) A proibição de serviços de suicídio assistido deve ser medida de acordo com o padrão de estrita proporcionalidade.

b) Ao analisar se a disposição em questão é razoável (*zumutbar*), deve-se levar em conta que a assistência ao suicídio está sujeita a várias proteções conflitantes sob a lei constitucional. O respeito ao direito fundamental à autodeterminação, compreendendo a autodeterminação nas decisões relativas ao fim da vida, de quem toma a decisão livre e voluntária de pôr fim à vida e procura assistência para esse fim colide com o dever do Estado de proteger a autonomia das pessoas que desejam cometer suicídio e, adicionalmente, seu dever de proteger a vida, um bem jurídico de alto nível.

4. A valorização que a Constituição atribui à autonomia e à vida pode, em princípio, justificar uma tutela preventiva eficaz destes interesses, inclusive por via penal. Se a ordem jurídica criminaliza certas formas de assistência ao suicídio que põem em risco a autonomia pessoal, deve garantir que a assistência ao suicídio prestada voluntariamente possa, na prática, ainda ser acessada no caso individual.

5. A proibição de serviços de suicídio assistido no § 217(1) do Código Penal reduz as opções de suicídio assistido a tal ponto que de fato não há espaço para o indivíduo exercer sua liberdade constitucionalmente protegida.

6. Ninguém pode ser obrigado a ajudar no suicídio de outra pessoa.”

Em suma, a decisão histórica do Tribunal Constitucional Federal da Alemanha demonstra o princípio de decidir “*in dubio pro dignitate*”, ou seja, em situações de dúvida, decide-se em favor da dignidade humana e da autodeterminação do indivíduo. Em razão de diversos debates, há expectativa de novas regulamentações sobre suicídio assistido e eutanásia, em determinadas circunstâncias, que estes possam ter em lidar com os doentes e enfermos, particularmente para pacientes que sofrem de com doenças terminais.¹³⁵

4.7. Áustria

Desde 2022, a Áustria tem uma lei que permite o suicídio assistido. Antes disso, a Áustria conhecia um dos mais rigorosos sistemas de proibição de assistência ao suicídio. Um aspecto especial deste sistema era que também proibía os seus cidadãos de ajudar outros cidadãos a cometerem suicídio no estrangeiro.

A referida lei é decorrência de um acórdão do Supremo Tribunal Constitucional austríaco, de dezembro de 2020, que revogou a proibição do auxílio ao suicídio, declarando a inconstitucionalidade do termo “ou presta-lhe assistência”, previsto na Seção 78 do Código

¹³⁵ GÖKEN, H.; ZWIEBLER, F. (2022). Assisted Suicide in Germany: The Landmark Ruling of the German Federal Constitutional Court of February 26, 2020. **German Law Journal** [Em linha], 23(4), 661-671. doi:10.1017/glj.2022.34. Disponível em <https://www.cambridge.org/core/journals/german-law-journal/article/assisted-suicide-in-germany-the-landmark-ruling-of-the-german-federal-constitutional-court-of-february-26-2020/0AB22BBA24C55FC240BB34434677BB40> [Consult. em 06-02-2024]

Penal, sustentando que a proibição viola o direito constitucionalmente garantido do indivíduo à livre autodeterminação, que inclui o direito de moldar a própria vida, bem como o direito de morrer com dignidade. O direito à livre autodeterminação também compreende o direito daqueles que desejam cometer suicídio de procurar a ajuda de um terceiro disposto a fazê-lo.

Esse acórdão instruiu o legislador a criar uma lei para regulamentar o suicídio assistido no prazo de 1 ano, o que deu ensejo a aprovação da *Assisted Dying Act* (*Sterbeverfügungsgesetz, StVfG*) *Federal Law Gazette (Bundesgesetzblatt) BGBl. I Nr. 242/2021*¹³⁶.

Com base na regulamentação em vigor, os requerentes de auxílio ao suicídio precisam satisfazer diversas condições: devem estar em ter pelo menos 18 anos, residir ou ser cidadão da Áustria e ser totalmente competente para tomar decisões. Além disso, só é possível para pessoas que sofrem de uma doença fatal ou uma doença grave de longa duração com sintomas persistentes.

As pessoas que solicitam o auxílio ao suicídio devem declarar que seu desejo de morrer é voluntário e autodeterminado, e eles mesmos têm que realizar o último ato, por exemplo, bebendo uma solução letal. Dois médicos, um dos quais devem ser especialistas em medicina paliativa, devem ser consultados pelo requerente e documentar a decisão do paciente no *Sterbeverfügungsregister* eletrônico (registro de decretos) de testamentos de óbito do Ministério Federal dos Assuntos Sociais, Saúde e Assistência e Defesa do Consumidor. Ambos os médicos precisam fornecer informações sobre alternativas ao suicídio assistido, a dose da droga letal (pentobarbital sódico), medicação concomitante e possíveis efeitos colaterais.

Além disso, a voluntariedade e a autodeterminação do paciente precisam ser avaliadas para que as outras condições da legislação são cumpridas. Após um período obrigatório de 12 semanas após a segunda consulta médica (2 semanas no caso de doença terminal), os documentos finais devem ser aprovados por um notário ou advogado do paciente. Subsequentemente, a droga letal pode ser retirada em uma farmácia pública dentro de 1 ano. O suicídio em si tem a intenção de ser realizado em local privado¹³⁷.

4.8. Itália

Na Itália ainda não existe uma legislação específica sobre a morte medicamente assistida, apesar de estar sendo discutido um projeto de lei no Parlamento italiano, que já fora aprovado na Câmara dos Deputados em março de 2022 e agora terá que ser submetido à análise

¹³⁶ Disponível em <https://wfrtds.org/wp-content/uploads/2022/01/Sterbeverfugungsgesetz-in-Bundesgesetzblatt.pdf> [Consult. em 21-03-2024]

¹³⁷ KITTA, A., ECKER, F., ZEILINGER, E.L. *et al. Statements of Austrian hospices and palliative care units after the implementation of the law on assisted suicide. Wien Klin Wochenschr* (2023). <https://doi.org/10.1007/s00508-023-02157-9> [Consult. em 21-03-2024]

do Senado (Decreto-Lei nº 2553 sobre “Disposições sobre morte voluntária assistida medicamente”).

O projeto de lei representa o resultado de um caminho legal e regulatório que teve início com a emissão em 2019 do histórico julgamento Nº 242¹³⁸ pelo Tribunal Constitucional Italiano. Naquela ocasião a Corte Suprema foi suscitada pelo Tribunal do Juri de Milão a analisar a constitucionalidade do art. 580 do Código Penal italiano, que criminalizava a chamada ajuda ao suicídio, em quaisquer circunstâncias.

No julgamento, o Tribunal Constitucional rejeitou a criminalização sob o artigo 580 de atos de assistência àqueles que desejam cometer suicídio, mas que não têm relação com a decisão do futuro suicida. Afirmou que o referido Artigo pode contrariar o Artigo 117(1) da Constituição e, consequentemente, os Artigos 2 e 8 da Convenção Europeia dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais (CEDH), que afirmam que o indivíduo tem o direito de "decidir por que meios e em que momento sua vida terminará". Em segundo lugar, o tribunal de referência reconheceu que o artigo 580 do CP contrariava o Artigo 3 da Constituição, pois não fazia distinção entre a gravidade, do ponto de vista causal, de incitar uma pessoa ao suicídio e apenas contribuir para o cumprimento da decisão livremente tomada de um terceiro de encerrar sua vida.

Anteriormente, o Tribunal havia opinado sobre essas questões na Ordem nº 207 de 2018, ordenando que o parlamento tomasse medidas para emendar a lei relacionada ao fim da vida de forma a garantir que pessoas lúcidas que tomam uma decisão livre e informada de suicídio, mas incapazes de realizar o ato sozinhas devido ao seu estado médico, tenham direito à assistência de terceiros, sem fazer distinção entre esse apoio e a forma de assistência necessária para a cessação do tratamento e administração de sedação pesada já legalmente disponível.

Face a inércia do Parlamento, o Tribunal emitiu seu histórico julgamento nº 242/2019¹³⁹, no qual afirmou a legitimidade parcial da morte assistida medicamente, que pode ser praticada sob certas condições, quais sejam:

1. A assistência ao suicídio deve ser puramente material;
2. A intenção suicida deve ser livre e independentemente formada na mente da pessoa que pretende encerrar sua vida;

¹³⁸ THE CONSTITUTIONAL COURT. JUDGMENT NO. 242 YEAR 2019. Disponível em https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/doc/recent_judgments/Sentenza_n_242_del_2019_Modugno_en.pdf [Consult. em 21-03-2024]

¹³⁹ RICCI, Giovanna [et al]. Editorial—From ruling No. 242/2019 of the Constitutional Court to the Italian law on medically assisted death: a complex transition. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences** [Em linha], v. 26, p. 4546-4549, 2022. Disponível em <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/4546-4549.pdf> [Consult. em 21-03-2024]

3. A pessoa deve estar em suporte de vida e sofrendo de uma doença irreversível que cause sofrimento físico ou psicológico intolerável;
4. Apesar de doenças físicas ou psicológicas graves, o sujeito deve estar totalmente capaz de tomar decisões livres e informadas;
5. As condições que fundamentam a viabilidade do ato suicida e a maneira como ele é realizado devem ser verificadas por uma estrutura pública do Serviço Nacional de Saúde e devem ser aprovadas pelo comitê de ética local competente;

O julgamento nº 242/2019 estabeleceu uma importante diretriz legal que efetivamente tornou não punível ajudar outra pessoa a cometer suicídio se as condições estabelecidas pelo Tribunal Constitucional fossem atendidas.

Vale salientar também que a Lei sobre Diretivas Médicas Antecipadas (Lei nº 219 de 22 de dezembro de 2017)¹⁴⁰, estabelece o direito do paciente de recusar o tratamento de saúde proposto, em observância dos princípios de proteção ao direito à vida, à saúde, à dignidade e à autodeterminação da pessoa, além de prever a possibilidade de indicar os desejos em relação ao tratamento médico em previsão de uma possível futura incapacidade de autodeterminação, introduzindo efetivamente o chamado “testamento vital” na Itália.

O primeiro ato de suicídio assistido realizado na Itália ocorreu em 16 de junho de 2022. O processo foi iniciado em 2020, quando Frederico Carboni, vítima de uma lesão na coluna vertebral resultando em tetraplegia em 2010, decidiu realizar o procedimento de PAS em território italiano. Ele apresentou um pedido às autoridades de saúde competentes e, após um processo não linear que passou pelo aviso legal da Autoridade Sanitária Regional Única das Marcas e do Governo italiano, obteve autorização por meio de uma avaliação colegiada realizada por uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, médicos de cuidados paliativos e neurologistas. Uma campanha de arrecadação de fundos foi então empreendida para financiar os meios necessários para o procedimento de PAS, ou seja, a compra de dispositivos de infusão e da droga letal. Após a divulgação da morte, foi publicado um vídeo póstumo no qual a própria pessoa declarava: “...Não nego que sinto muito por me despedir da vida, seria falso e mentiroso se dissesse o contrário porque a vida é fantástica, e nós só temos uma. Mas infelizmente, foi assim. Eu fiz tudo o que era possível para poder viver da melhor forma possível e tentar recuperar o máximo da minha deficiência, mas agora estou mental e fisicamente exausto. Não tenho um mínimo de autonomia na vida diária, estou à mercê dos eventos, dependendo dos outros para tudo, e sou como um barco à deriva no oceano. Estou ciente da minha

¹⁴⁰ LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219. GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 12. Disponível em <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2018/01/16/12/sg/pdf>. [Consult. em 21-03-2024]

condição física e perspectivas futuras; portanto, estou totalmente tranquilo e calmo sobre o que farei ...".¹⁴¹

4.9. Canadá

No Canadá, a eutanásia, também conhecida como *medical assistance in dying* (MAID), tornou-se legal em 2016. Contudo, em março de 2021, foi aprovado a Lei *Bill C-7*¹⁴², que alterou o Código Penal no tocante a assistência médica na morte. Ainda, em 2 de fevereiro de 2023, o Governo do Canadá introduziu legislação *Bill C-39*¹⁴³ para adiar, até 17 de março de 2024, a revogação da exclusão da elegibilidade para receber assistência médica na morte em circunstâncias em que a única condição médica subjacente identificada em o apoio ao pedido de assistência médica ao morrer é uma doença mental.

Assim, nos termos do art. 241.1. do Código Penal¹⁴⁴ canadense, a assistência médica na morte (MAID) significa: (a) a administração, por um médico ou enfermeiro, de substância a uma pessoa, a seu pedido, que cause sua morte; ou (b) a prescrição ou fornecimento, por um médico ou enfermeiro, de uma substância a uma pessoa, a seu pedido, para que ela possa autoadministrar a substância e, ao fazê-lo, causar sua própria morte.

Em relação aos critérios de elegibilidade para poder solicitar a eutanásia ou suicídio assistido são: (i) ter 18 anos ou mais e ter capacidade de decisão em relação à sua saúde; (ii) ser elegível para serviços de saúde com financiamento público (iii) ter uma doença grave e incurável, doença ou deficiência (excluindo uma doença mental até 17 de março de 2024); (iv) fazer um pedido voluntário que não seja resultado de pressão externa; (v) dar consentimento informado consentimento informado para receber assistência médica no momento da morte, depois de terem sido informados sobre os meios disponíveis para aliviar o seu sofrimento, incluindo cuidados paliativos; (vi) estar em um estado avançado de declínio irreversível na capacidade, com sofrimento físico ou psicológico duradouro e intolerável que não pode ser aliviado sob condições que a pessoa considera aceitáveis. (art. 214.2, nº 1 e 2, do Código Penal).

¹⁴¹ Delogu G, Morena D, Tortorella V, Perna F, Arcangeli M, Rinaldi R. **First Case of Medically Assisted Suicide in Italy Set New Legal Perspectives** [Em linha]. Clin Ter. 2024 Jan-Feb;175(1):7-10. doi: 10.7417/CT.2024.5026. PMID: 38358470. Disponível em https://www.clinicaterapeutica.it/2024/175/1/02_DELOGU.pdf [Consult. em 21-03-2024] ISSN 1972-6007.

¹⁴² BILL C-7 (Royal Assent), 17 de março de 2021. Disponível em <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁴³ BILL C-39 (Royal Assent), 9 de março de 2023. Disponível em <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/44-1/bill/C-39/royal-assent> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁴⁴ CANADIAN CRIMINAL CODE (R.S.C., 1985, c. C-46). Disponível em <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-46/page-33.html#h-119953> [Consult. em 06-02-2024] <https://www.parl.ca/legisinfo/en/bill/44-1/c-39?view=about>

Segundo a lei canadense (Art. 241.2, nº 3, CP), quando a morte natural é inevitável e razoavelmente previsível, o pedido de assistência médica para antecipação da morte deve ser feito pelo paciente, após ser informado que possui uma condição médica grave e irremediável, por escrito, assinada e datada pelo enfermo, ou por outra pessoa sob sua direção expressa, caso não puder assinar e datar o pedido perante uma testemunha independente que também assinou e datou a solicitação. Necessário ainda que dois médicos ou enfermeiros independentes forneçam uma avaliação e confirmem que todos os requisitos de elegibilidade foram atendidos. A pessoa deve ser informada de que pode retirar seu pedido a qualquer momento, de qualquer maneira. Deve ser oportunizado ao doente possibilidade de retirar o consentimento e deve confirmar expressamente seu consentimento imediatamente antes de receber a substância letal (no entanto, este requisito de “consentimento final” pode ser dispensado em certas circunstâncias)

Ainda, no caso de a morte natural não ser previsível, além dos requisitos anteriormente enumerados, o doente deve ser informado sobre os meios disponíveis e apropriados para aliviar seu sofrimento, incluindo serviços de aconselhamento, saúde mental e serviços de apoio à deficiência, serviços comunitários e cuidados paliativos, e deve receber consultas com profissionais que prestam esses serviços. Além disso, a pessoa e os profissionais devem ter discutido meios razoáveis e disponíveis para aliviar o sofrimento da pessoa e concordar que a pessoa considerou seriamente esses meios e as avaliações de elegibilidade devem durar pelo menos 90 dias, mas esse período pode ser encurtado se a pessoa estiver prestes a perder a capacidade de tomar decisões sobre cuidados de saúde, desde que ambas as avaliações tenham sido concluídas (Art. 241.2, nº 3, CP).

O Governo canadense ainda implantou um formal de monitoramento a partir de 2018, com a coleta de informações com base nas solicitações por escrito recebidas por médicos e enfermeiros, a fim de apoiar a transparência e a confiança do público em como a morte medicamente assistida é acessada e realizada no país.

4.10. Estados Unidos da América

A eutanásia, também conhecida como suicídio assistido ou assistência médica para morrer, é ilegal na maior parte dos Estados Unidos. No entanto, existem alguns estados que legalizaram a ajuda médica na morte.

Oregon foi o primeiro estado a legalizar a ajuda médica para morrer em 1997¹⁴⁵, seguido pelo estado de Washington em 2008¹⁴⁶, Vermont em 2013¹⁴⁷, Califórnia em 2015¹⁴⁸, Colorado em 2016¹⁴⁹, Washington, DC em 2017¹⁵⁰, Havaí em 2019¹⁵¹ e Nova Jersey em 2019¹⁵². As leis permitem que pacientes terminais que tenham expressado o desejo de morrer, podem fazer um pedido por escrito para obter medicação com a finalidade de pôr fim a sua vida de forma humana e digna.

Para ser elegível para assistência médica na morte, o paciente deve atender a alguns critérios, como ser residente do estado onde é legal, ter pelo menos 18 anos, ter uma doença terminal com prognóstico de seis meses ou menos de vida e ser capaz de tomar uma decisão informada sobre seus próprios cuidados de saúde.

É importante observar que, mesmo em estados onde a ajuda médica para morrer é legal, existem requisitos e procedimentos rígidos que devem ser seguidos, incluindo avaliações múltiplas por profissionais médicos, aconselhamento e períodos de espera. Os profissionais de saúde também têm o direito de se opor conscientemente à participação em assistência médica na morte.

Nos estados onde não é legal, há debates em andamento e desafios legais sobre a despenalização da morte medicamente assistida. A questão permanece controversa e dividida, com argumentos de ambos os lados sobre a ética, a legalidade e as considerações práticas da assistência médica na morte.

4.11. Austrália

¹⁴⁵ OREGON'S DEATH WITH DIGNITY ACT. Disponível em <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁴⁶ THE WASHINGTON DEATH WITH DIGNITY ACT. Disponível em <https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.245> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁴⁷ THE PATIENT CHOICE AND CONTROL AT END-OF-LIFE ACT (ACT 39). Disponível em <http://legislature.vermont.gov/statutes/chapter/18/113> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁴⁸ END OF LIFE OPTION ACT. Disponível em https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?lawCode=HSC&division=1.&title=&part=1.85.&chapter=&article= [Consult. em 06-02-2024]

¹⁴⁹ COLORADO END-OF-LIFE OPTIONS ACT. Disponível em: https://leg.colorado.gov/sites/default/files/documents/2016A/bills/2016a_1054_01.pdf [Consult. em 06-02-2024]

¹⁵⁰ DISTRICT OF COLUMBIA DEATH WITH DIGNITY ACT OF 2016, D.C. LAW 21-182. Disponível em: https://dchealth.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/page_content/attachments/Death%20With%20Dignity%20Act.FINAL_.pdf [Consult. em 06-02-2024]

¹⁵¹ HAWAII PATIENT CHOICE AT END OF LIFE ACT. Disponível em https://www.capitol.hawaii.gov/sessions/session2018/bills/SB357_.htm [Consult. em 06-02-2024]

¹⁵² MEDICAL AID IN DYING FOR THE TERMINALLY ILL ACT. Disponível em https://pub.njleg.gov/bills/2018/PL19/59_.HTM [Consult. em 06-02-2024]

A Austrália merece destaque porque foi o primeiro país no mundo a ter uma legislação específica que autorizava a eutanásia ativa direta e o suicídio assistido. Em 1995, a Assembleia legislativa do Território Norte aprovou a Lei dos Direitos do Doente Terminal (*Rights of the Terminally Ill Act*¹⁵³), permitindo que o paciente que, no decurso de uma doença terminal, sente dor, sofrimento e/ou angústia a uma medida inaceitável para ele, poderia solicitar ao médico assistente que o auxiliasse a pôr fim a própria vida, mediante prescrição de medicação para autoadministração ou a própria administração direta de substância legal.

No entanto, em 1997, foi promulgada a lei federal *Euthanasia Laws Bill*¹⁵⁴, que impediu os territórios de aprovar legislação que permitiria a morte voluntária assistida¹⁵⁵ (*voluntary assisted dying - VAD*). Isso efetivamente derrubou a legislação introduzida no Território do Norte e impediu quaisquer tentativas de legalizar a morte voluntária assistida no Território do Norte, Território da Capital Australiana e na Ilha Norfolk.

No entanto, em dezembro de 2022, o Parlamento australiano aprovou a lei *Restoring Territory Rights Bill 2022*¹⁵⁶ permitiu ao Território do Norte e ao Território da Capital Australiana legislar sobre morte voluntária assistida.

Atualmente, a morte voluntária assistida está agora em vigor e pode ser solicitada por pessoas que atendem aos critérios de elegibilidade em Vitoria (2019)¹⁵⁷, Austrália Ocidental (2019)¹⁵⁸, Tasmânia (2022)¹⁵⁹, Queensland (2023)¹⁶⁰, Nova Gales do Sul (2023)¹⁶¹ e Austrália o Sul (2021)¹⁶². O VAD é ilegal no Território do Norte e no Território da Capital Australiana.

¹⁵³ NORTHERN TERRITORY OF AUSTRALIA RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT 1995. Disponível em https://parliament.nt.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/367953/95amended.pdf [Consult. em 06-02-2024]

¹⁵⁴ AUSTRALIAN EUTHANASIA LAWS ACT 1997. Disponível em <https://www.legislation.gov.au/Details/C2004A05118> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁵⁵ A morte voluntária assistida é um processo que permite a um indivíduo elegível acessar e autoadministrar voluntariamente, ou em algumas circunstâncias, fazer com que um médico administre, um medicamento que causará sua morte, de acordo com as etapas e processos estabelecidos na *Voluntary Assisted Dying Act 2021 of South Australia*.

¹⁵⁶ RESTORING TERRITORY RIGHTS BILL 2022. Bills Digest No. 5, 2022–23. Disponível em [https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Bills_Legislation/bd/bd2223a/23bd005#:~:text=The%20Bill%20proposes%20to%20remove,voluntary%20assisted%20dying%20\(VAD\).](https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Bills_Legislation/bd/bd2223a/23bd005#:~:text=The%20Bill%20proposes%20to%20remove,voluntary%20assisted%20dying%20(VAD).) [Consult. em 06-02-2024]

¹⁵⁷ VOLUNTARY ASSISTED DYING ACT 2017. No. 61 of 2017. Disponível em <https://www.legislation.vic.gov.au/as-made/acts/voluntary-assisted-dying-act-2017>

¹⁵⁸ VOLUNTARY ASSISTED DYING ACT 2019. Act no 027 of 2019. Disponível em https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/statutes.nsf/law_a147242.html [Consult. em 06-02-2024]

¹⁵⁹ END-OF-LIFE CHOICES (VOLUNTARY ASSISTED DYING) ACT 2021. This is the Act as passed by Parliament on 22 May 2021. Disponível em <https://www.legislation.tas.gov.au/view/html/asmade/act-2021-001> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁶⁰ VOLUNTARY ASSISTED DYING ACT 2021. Disponível em <https://www.legislation.qld.gov.au/view/html/asmade/act-2021-017> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁶¹ VOLUNTARY ASSISTED DYING ACT 2022 NO 17. Disponível em <https://legislation.nsw.gov.au/view/html/inforce/current/act-2022-017> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁶² VOLUNTARY ASSISTED DYING ACT 2021—31.1.2023. Disponível em https://www.legislation.sa.gov.au/_legislation/lz/c/a/voluntary%20assisted%20dying%20act%202021/current/2021.29.auth.pdf [Consult. em 06-02-2024]

No entanto, em outubro de 2023, um projeto de lei para legalizar o VAD foi apresentado no parlamento do Território da Capital Australiana.

As leis de Morte Assistida Voluntária (VAD) em cada Estado são similares, mas existem algumas diferenças-chave. Para acessar a VAD, a pessoa deve atender a todos os critérios de elegibilidade em seu Estado. Uma pessoa é elegível se:

- tiver 18 anos ou mais;
- for cidadão australiano ou residente permanente, que resida no Estado há pelo menos 12 meses quando solicitar pela primeira vez a VAD (esses critérios podem ser atendidos de outras maneiras na Tasmânia, Queensland e Nova Gales do Sul);
- tiver capacidade de tomar decisões para a VAD;
- estiver agindo voluntariamente e sem coerção;
- tiver uma solicitação duradoura para a VAD (ou seja, sua solicitação é contínua); e
- tiver uma doença, enfermidade ou condição médica que seja:
 - avançada e causará a morte. Em todos os Estados, exceto na Tasmânia, também deve ser progressiva (ou seja, a pessoa experimenta deterioração ativa),
 - incurável (apenas em Victoria, Austrália do Sul e Tasmânia), e irreversível (apenas na Tasmânia),
 - esperada para causar a morte dentro de seis meses, ou 12 meses para uma pessoa com uma doença, enfermidade ou condição médica neurodegenerativa. Em Queensland, no entanto, uma pessoa esperada para morrer dentro de 12 meses pode solicitar a VAD, e
 - causando sofrimento que não pode ser aliviado de uma maneira que a pessoa considere tolerável. O sofrimento da pessoa pode ser físico ou não físico, por exemplo, psicológico, existencial.

Uma pessoa não será elegível para a VAD apenas por ter uma deficiência ou doença mental (ou, em Nova Gales do Sul, demência) - eles devem atender a todos os critérios acima para acessar a VAD¹⁶³.

4.12. Colômbia

Na Colômbia, a eutanásia é legal em certas circunstâncias, sendo o primeiro país da América Latina a descriminalizar esse procedimento.

¹⁶³ END OF LIFE DIRECTIONS FOR AGED CARE (ELDAC). Overview of Voluntary Assisted Dying. Disponível em <https://www.eldac.com.au/Toolkits/End-of-Life-Law/Voluntary-Assisted-Dying/Overview#:~:text=Is%20voluntary%20assisted%20dying%20legal,and%20the%20Australian%20Capital%20Territory.> [Consult. em 06-02-2024]

Em 1997, o Tribunal Constitucional da Colômbia, através da sentença C-239/97, descriminalizou a eutanásia, declarando “EXEQUÍVEL o artigo 326 do Decreto 100 de 1980 (Código Penal), com a advertência de que no caso de doentes terminais em que concorrer a livre vontade do sujeito passivo do ato, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada ao médico autor, uma vez que a conduta é justificada”¹⁶⁴.

Em 2015 foi editada a resolução 1216/15¹⁶⁵ do Ministério da Saúde colombiano, definindo as diretrizes para a formação e funcionamento das Comissões Científico-Interdisciplinares pelo Direito de Morrer com Dignidade, os critérios para a antecipação da morte medicamente assistida, garantindo, também, o direito de amplo acesso aos cuidados paliativos.

Em julho de 2021, o Tribunal Constitucional, por meio da sentença C-233/21¹⁶⁶, alargou o direito à eutanásia a doentes que não sejam portadores de doença terminal, mas que sejam vítimas de “intenso sofrimento físico ou psicológico resultante de lesão corporal ou doença grave e incurável”.

Ademais, em maio de 2022, o Corte Constitucional colombiana decidiu legalizar o suicídio assistido, declarando que que não se incorre no crime de auxílio ao suicídio quando a conduta: (i) for praticada por médico, (ii) com o consentimento livre, consciente e informado, prévio ou posterior ao diagnóstico, do sujeito passivo do ato, e sempre que (iii) o paciente sofra intenso sofrimento físico ou mental, decorrente de lesão corporal ou doença grave e incurável (*Sentencia C-164/22*¹⁶⁷).

Enfim, as decisões do tribunal constitucional são fundamentadas no princípio do direito a uma morte digna e no direito à autodeterminação, proporcionando avanços na proteção da morte digna, com vistas a eliminar as barreiras que ainda existem para o efetivo acesso a esse direito. Desde então, a Colômbia é um dos poucos países do mundo onde a eutanásia e o suicídio assistido são legais.

4.13. Nova Zelândia

¹⁶⁴ CORTE CONSTITUCIONAL - REPÚBLICA DA COLOMBIA - Sentencia C-239/97. Disponível em <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁶⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLOMBIA - RESOLUCIÓN 1216 DE 2015 https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1216_2015.htm [Consult. em 06-02-2024]

¹⁶⁶ CORTE CONSTITUCIONAL - REPÚBLICA DA COLOMBIA - Sentencia C-233/21. Disponível em <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-233-21.htm> [Consult. em 06-02-2024]

¹⁶⁷ CORTE CONSTITUCIONAL - REPÚBLICA DA COLOMBIA - Sentencia C-264/22. Disponível em <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/C-164-22.htm> [Consult. em 06-02-2024]

O *End of Life Choice Act 2019*¹⁶⁸ é a lei que despenaliza a morte assistida na Nova Zelândia. A Lei descreve a estrutura legal para a morte assistida, incluindo critérios de elegibilidade e algumas condições importantes. A Lei foi aprovada pelo Parlamento e referendada pela população por meio do voto nas eleições gerais de 2020, entrando em vigor em 7 de novembro de 2021, um ano após o anúncio dos resultados do referendo.

A lei neozelandesa define a morte assistida como (a) a administração, por um médico assistente ou uma enfermeira assistente, de medicação à pessoa para aliviar o sofrimento da pessoa acelerando a morte; ou (b) a autoadministração pela pessoa de medicamentos para aliviar seu sofrimento acelerando a morte

Ainda, segundo a legislação da Nova Zelândia, para solicitar a antecipação da morte medicamente assistida a pessoa deve: ser maior de 18 anos; ser cidadão ou residente permanente no país; sofrer de uma doença terminal que pode acabar com a vida da pessoa dentro de 6 meses; estar em estado avançado de declínio irreversível da capacidade física; experimentar sofrimento insuportável que não pode ser aliviado de uma maneira que a pessoa considere tolerável; e ser competente para tomar uma decisão informada sobre a morte assistida. A Lei ainda prevê que nos casos de transtorno mental ou doença mental, pessoa acometida de algum tipo de deficiência ou de idade avançada, não é permitida a morte assistida.

A Lei também dispõe sobre a necessidade de que a decisão seja consciente, o direito à objeção de consciência do profissional de saúde, os requisitos formais do pedido e os protocolos prévios e de aplicação da medicação letal, bem como os órgãos de acompanhamento e fiscalização dos procedimentos da morte assistida (*Review Committee*).

¹⁶⁸ END OF LIFE CHOICE ACT 2019 – NEW ZELAND. Disponível em <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/whole.html#LMS225646> [Consult. em 06-02-2024]

5. A EUTANÁSIA EM PORTUGAL

5.1. A Lei da Eutanásia: uma saga atribulada

A discussão sobre a despenalização da eutanásia e do suicídio assistido não é recente em Portugal. Nos últimos anos, muitos projetos de lei foram apresentados na Assembleia da República com o intuito de garantir a autodeterminação individual para tomada de decisão sobre os cuidados de saúde, inclusive sobre a decisão de antecipação da morte medicamente assistida, com alteração do Código Penal. Portanto, faremos um histórico legislativo sobre as propostas relativas à morte medicamente assistida.

Por seu turno, cumpre citar as normas deontológicas vinculativas para os profissionais de saúde, dentre as quais se destacam o *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*¹⁶⁹, o *Estatuto da Ordem dos Médicos*¹⁷⁰ e o *Regulamento de Deontologia Médica*¹⁷¹ que, expressamente, preveem o respeito ao doente terminal e à dignidade do paciente no momento do fim da vida, o direito de informação, de objeção de consciência, do direito à vida e a qualidade de vida, dentre outros.

Em 2012, foi aprovada a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho¹⁷², regulamentando as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e criou o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)¹⁷³.

A referida norma merece destaque porque, conforme disposto nas alíneas a) a c) do n.º 2 do artigo 2.º¹⁷⁴, permitiu que o paciente, através das diretivas antecipadas de vontade delibere

¹⁶⁹ DECRETO-LEI N.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁷⁰ DECRETO-LEI N.º 282/77, de 5 de Julho, com as alterações introduzidas pelos Decretos Lei n.º 326/87, de 01 de Setembro e n.º 217/94, de 20 de Agosto. Diário da República n.º 153/1977, Série I de 1977-07-05. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1977-34458275> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁷¹ REGULAMENTO N.º 707/2016, de 21 de julho. Diário da República n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/707-2016-75007439> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁷² LEI N.º 25/2012, de 16 de julho. Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16 Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/25-2012-179517> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁷³ PORTARIA N.º 96/2014. Diário da República n.º 85/2014, Série I de 2014-05-05 Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2014-115344096> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁷⁴ LEI N.º 25/2012, de 16 de julho.

Art. 2.º. Definição e conteúdo do documento

2 - Podem constar do documento de diretivas antecipadas de vontade as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente:

a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;

b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;

sobre a prática da ortotanásia, reconhecendo a autonomia pessoal, pela manifestação clara e inequívoca da sua vontade.

Em 2014, foi promulgada a Lei n.º 15/2014, de 21 de março¹⁷⁵, consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Dessa forma, conforme o artigo 3.º da Lei em questão, o utente dos serviços tem direito a consentir ou recusar a prestação de cuidados de saúde. Ora, no cenário português, mais uma vez, afigura-se evidente o dever legal de respeito à vontade do paciente, especialmente, quanto a eutanásia passiva, desde que declarada de forma livre e esclarecida.

Em janeiro de 2016, foi lançado um Manifesto pelo Movimento Cívico para a Despenalização da Morte Assistida e Pelo Direito a Morrer com Dignidade, liderada pelo Bloco de Esquerda¹⁷⁶, defendendo que o direito de antecipar ou abreviar a morte de um doente em grande sofrimento e sem esperança de cura uma expressão concreta dos direitos individuais à autonomia, à liberdade religiosa e à liberdade de convicção e consciência. O documento contou com apoio de várias figuras públicas portuguesas e personalidades da área da medicina e ciência de Portugal. A petição conseguiu mais de oito mil assinaturas.

Entre 2017 e 2018, na Legislatura XIII, foram apresentadas quatro iniciativas legislativas sobre a morte medicamente assistida: Projeto de Lei n.º 418/XIII/2.ª (PAN) – Regula o acesso à morte medicamente assistida; Projeto de Lei n.º 773/XIII/3.ª (BE)– Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível; Projeto de Lei n.º 832/XIII/3.ª (PS)– Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível; e Projeto de Lei n.º 838/XIII/3.ª (PEV)– Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível¹⁷⁷. No entanto, no dia 29 de maio de 2018, as propostas foram rejeitadas em votação no plenário da Assembleia da República.

c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;

d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;

e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

¹⁷⁵ LEI N.º 15/2014, de 21 de março. Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁷⁶ Conforme noticiado no sítio eletrónico do Bloco de Esquerda. Disponível em <https://www.esquerda.net/dossier/manifesto-e-peticao-pelo-direito-morrer-com-dignidade/41669> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁷⁷ Processo parlamentar disponível em <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=41038> [Consult. em 12-03-2024]

Em 18 de julho de 2018, foi adoptada a Lei 31/2018¹⁷⁸, que dispõe sobre os direitos das pessoas em fim de vida, evitando o sofrimento de maneira desproporcionada e prevendo medidas para realização desse direito. Dentre as garantias previstas na norma, destaca-se o direito à informação e de tratamento, vedação a obstinação terapêutica e diagnóstica, direito ao consentimento informado e sobre os cuidados paliativos.

Com efeito, na Legislatura XIV, foram novamente apresentadas iniciativas sobre a morte medicamente assistida (Projetos de Lei: n.º 4/XIV/1.ª (BE), n.º 67/XIV/1.ª (PAN), n.º 104/XIV/1.ª (PS), n.º 168/XIV/1.ª (PEV) e n.º 195/XIV/1.ª (IL))¹⁷⁹. Após imenso debate e apreciação, foi aprovado o Decreto n.º 109/XIV da Assembleia da República, publicado em 12 de fevereiro de 2021¹⁸⁰, que se destinava a regular as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não seria punível e alterava o Código Penal Português.

Na ocasião, o Presidente da República, requereu, junto do Tribunal Constitucional, a fiscalização preventiva da constitucionalidade de diversas normas constantes do Decreto n.º 109/XIV.

Assim, através do Acórdão n.º 123/2021¹⁸¹, publicado em 12 de abril de 2021, o Tribunal Constitucional decidiu pronunciar -se pela inconstitucionalidade da norma constante do artigo 2.º, n.º 1, do Decreto n.º 109/XIV da Assembleia da República, publicado em 12 de fevereiro de 2021, com fundamento na violação do princípio de determinabilidade da lei enquanto corolário dos princípios do Estado de direito democrático e da reserva de lei parlamentar, decorrentes das disposições conjugadas dos artigos 2.º e 165.º, n.º 1, alínea b), da Constituição da República Portuguesa, por referência à inviolabilidade da vida humana consagrada no artigo 24.º, n.º 1, da Constituição. Em consequência, pronunciou-se pela inconstitucionalidade das normas constantes dos artigos 4.º, 5.º, 7.º e 27.º, do mesmo Decreto. Na sequência, o Presidente da República devolveu o Decreto à Assembleia da República, sem o promulgar, nos termos do artigo 279.º, n.º 1 da Constituição da República Portuguesa.

¹⁷⁸ LEI N.º 31/2018, de 18 de julho. Diário da República n.º 137/2018, Série I de 2018-07-18. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/31-2018-115712240> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁷⁹ Processo parlamentar disponível em <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=43947> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁸⁰ DECRETO N.º 109/XIV, de 12 de fevereiro de 2021. Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a566b786c5a79394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a564268636d786862575675644746794c325978597a466b4d7a42694c5467304d7a4d744e4459305a533169597a46684c5759784e4755354d4445774d445a695979356b62324e34&fich=f1c1d30b-8433-464e-bc1a-f14e901006bc.docx&Inline=true> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁸¹ TRIBUNAL Constitucional de Portugal. **Acórdão n.º 123/2021**, de 15 de março de 2021. Relator: Conselheiro Pedro Machete. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html> [Consult. em 12-03-2024]

Alguns meses depois, a Assembleia da República alterou o Decreto n.º 109/XIV, conformando-o com à decisão e à argumentação do Tribunal Constitucional, através do Decreto n.º 199/XIV, de 19 de novembro de 2021¹⁸². Entretanto, o Presidente da República devolveu o Decreto, sem promulgação, em 29 de novembro de 2021.

No ano seguinte, novas iniciativas foram apresentadas ((Projetos de Lei n.º 5/XV/1.^a (BE), 74/XV/1.^a (PS), 83/XV/1.^a (PAN) e 111/XV/1.^a (IL) e Projeto de Resolução n.º 62/XV/1.^a (CH))¹⁸³, com a reformulação de vários conceitos contestados pelo Tribunal Constitucional, no Acórdão 123/2021, e pelo Presidente da República ao justificar o veto. Enfim, em 9 de dezembro, os projetos de lei foram aprovados, dando origem ao Decreto n.º 23/XV da Assembleia da República¹⁸⁴.

Mais uma vez, o Presidente da República requereu ao Tribunal Constitucional a apreciação da conformidade de algumas das normas constantes do Decreto n.º 23/XV com a Constituição da República Portuguesa.

Em 30 janeiro de 2023, o Tribunal Constitucional novamente, através do Acórdão nº 5/2023¹⁸⁵, por maioria, pronunciou-se pela inconstitucionalidade das normas constantes no Decreto n.º 23/XV, “com fundamento na violação do princípio da determinabilidade das leis, enquanto corolário dos princípios do Estado de direito democrático, da legalidade, na sua dimensão de reserva de lei, e da segurança jurídica e proteção da confiança, decorrentes das disposições conjugadas dos artigos 2.º e 165.º, n.º 1, alínea b), da Constituição da República Portuguesa, por referência à inviolabilidade da vida humana consagrada no artigo 24.º, n.º 1; em consequência”.

Em 31 de março de 2023, o Parlamento aprovou uma nova versão da regra, através do Decreto nº 43/XV da Assembleia da República¹⁸⁶, que regula as condições em que a morte

¹⁸² Decreto n.º 199/XIV, de 19 de novembro de 2021. Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765247396a6457316c626e52766330466a64476c32615752685a47565159584a735957316c626e5268636938774f5749314d574d344e5330334d4441304c5451315a44457459575a684f433077596d4977597a5a6d5a4759355a4449755a47396a65413d3d&fich=09b51c85-7004-45d1-afa8-0bb0c6fdf9d2.docx&Inline=true> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁸³ Processo Parlamentar disponível em <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=121331> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁸⁴ Texto consolidado disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953566b786c5a79394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a564268636d786862575675644746794c7a566c596d526c597a466a4c5751334f5755744e4459345a5331684e546b794c544d7a5a6d566859544534595467774e43356b62324d3d&fich=5ebdec1c-d79e-468e-a592-33feaa18a804.doc&Inline=true> [Consult. em 12-03-2024]

¹⁸⁵ TRIBUNAL Constitucional de Portugal. **Acórdão n.º 5/2023**, de 30 de janeiro de 2023. Relator: Conselheira Maria Benedita Urbano. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20230005.html>. [Consult. 14-03-2024]

¹⁸⁶ Decreto nº 43/XV, de 31 de março de 2023. disponível em

medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal, com as emendas e alterações para adequar a norma, conforme apontado na última decisão do Tribunal Constitucional. Após, mais um veto do Presidente da República, o projeto retornou ao Parlamento para reapreciação, que foi novamente aprovada e, finalmente, promulgada no dia 16 de maio de 2023, e publicada como Lei nº 22/2023, de 25 de maio. Sobre ela nos debruçaremos em uma análise específica no ponto 5.4..

Dada a importância dos julgamentos do Tribunal Constitucional na concretização do processo de despenalização das condutas eutanásicas, principalmente sobre o enquadramento jurídico-constitucional da morte medicamente assistida, importa fazer uma análise dos seus fundamentos, o que passamos a examinar a seguir.

5.2. Acórdão n.º 123/2021, do Tribunal Constitucional¹⁸⁷.

Instado a realizar a fiscalização preventiva da constitucionalidade de diversas normas previstas no Decreto n.º 109/XIV da Assembleia da República, publicado no Diário da Assembleia da República, Série II-A, número 76, de 12 de fevereiro de 2021, que regula as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código penal, à luz do disposto no art. 278º, nº1, da Constituição da República, o pedido do Presidente da República, o Tribunal Constitucional de Portugal se pronunciou-se através do Acórdão nº 123/2021, de 15 de março de 2021.

5.2.1. Do Decreto nº 109/XIV

O Decreto n.º 109/XIV da Assembleia da República, publicado no Diário da Assembleia da República, Série II-A, número 76, de 12 de fevereiro de 2021, buscava regular as condições especiais de não punibilidade dos profissionais de saúde na participação do ato de antecipação da morte medicamente assistida, alterando o Código Penal.

Nos termos do Decreto, conforme previstos no artigo 2.º, n.º 1, são pressupostos para morte medicamente assistida: “Para efeitos da presente lei, considera-se antecipação da morte

<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a564268636d786862575675644746794c7a6b34597a4d324f5449354c54686d4f4467744e4463794e4330355a6d497a4c546b34593249314e5463324d4751324f43356b62324d3d&fich=98c36929-8f88-4724-9fb3-98cb55760d68.doc&Inline=true>
[Consult. em 12-03-2024]

¹⁸⁷ TRIBUNAL Constitucional de Portugal. **Acórdão n.º 123/2021**, de 15 de março de 2021. Relator: Conselheiro Pedro Machete. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html> [Consult. em 12-03-2024]

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 intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde”.

Assim, verifica-se que, com base no referido Decreto, a admissibilidade da morte medicamente assistida no ordenamento jurídico português dependeria da satisfação de três condições centrais: 1) a decisão de um adulto para acabar com o seu próprio a vida, cuja vontade deveria ser atual, reiterada, séria, livre e clara. Ainda, segundo o art. 2º, nº 2, seriam legítimos apenas os pedidos de antecipação da morte apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional; 2) a pessoa deve estar em uma situação de sofrimento intolerável vinculado a condição a) lesão definitiva de extrema gravidade segundo consenso científico; ou b) uma doença incurável e fatal; 3) por fim, o procedimento deve que ser realizado ou assistida por um profissional de saúde.

Por sua vez, o procedimento para efetivação da antecipação da morte medicamente assistida foi articulado em seguintes passos centrais: 1) pedido de abertura do procedimento clínico de morte medicamente assistida, formulado pelo paciente que havia tomado a decisão de antecipar sua morte (artigo 3º); 2) a emissão de parecer fundamentado pelo médico assistente que certificar que o paciente cumpriu todos os requisitos legais (art. 4º); 3) a liberação de segunda opinião de médico especialista confirmando a verificação dessas hipóteses (art. 5º); 4) em alguns casos, o parecer de um especialista em psiquiatria (art. 6º); 5) a emissão de parecer definitivo por uma comissão administrativa especialmente constituída – Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA) – que deve constatar o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento e autorizar a realização do procedimento (art. 7); 6) 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 antecipação da morte, devidamente consignada por escrito, datada e assinada pelo doente (art. 8º); 7) a ação final de morte medicamente assistida, que pode consistir em autoadministração por parte do paciente de drogas letais destinadas a matar (suicídio assistido), ou na heteroadministração (eutanásia activa directa) por profissionais de saúde (art. 9º); 8) finalmente, após completar o ato final, o médico orientador deve elaborar o respetivo Relatório Final, ao qual é anexado o Registo Clínico Especial (RCE), que remete à Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS). (artigo 16º).

Ademais, por consequência lógica, o Decreto ainda previu a alteração do Código Penal, nos artigos 134º, 135º e 139º, que passaram a ter a seguinte redação: “Artigo 134.º, nº 3

– A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º xxx; Artigo 135.º, n.º 3 – A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º xxx; Artigo 139.º, n.º 2 – Não é punido o médico ou enfermeiro que, não incitando nem fazendo propaganda, apenas preste informação, a pedido expresso de outra pessoa, sobre o suicídio medicamente assistido, de acordo com o n.º 3 do artigo 135.º”.

5.2.2. Delimitação do objeto de apreciação

Com efeito, o pedido pleiteava a fiscalização preventiva de constitucionalidade das normas “do artigo 2º e, consequentemente, dos artigos 4º, 5º, 7º e 27º constantes do Decreto nº 109/XIV da Assembleia da República¹⁸⁸, por violação dos princípios da legalidade e tipicidade

¹⁸⁸ Artigo 2.º. *Antecipação da morte medicamente assistida não punível*

1- Para efeitos da presente lei, considera-se antecipação da 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 intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.

2- Para efeitos da presente lei, consideram-se legítimos apenas os pedidos de antecipação da morte apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional.

3- O pedido subjacente à decisão prevista no n.º 1 obedece a procedimento clínico e legal, de acordo com o disposto na presente lei.

4- O pedido pode ser livremente revogado a qualquer momento, nos termos do artigo 11.º.

Artigo 4.º. *Parecer do médico orientador*

1- O médico orientador emite parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos no artigo 2.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.

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 antecipação da morte do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 3º.

Artigo 5.º. *Confirmação por médico especialista*

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 incurável da doença ou a condição definitiva da lesão.

2- O parecer fundamentado do médico especialista é emitido por escrito, datado e assinado por ele e integra o RCE.

3- Se o parecer do médico especialista não for favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 3.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 10.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 ou doença incurável e fatal, o médico orientador decide qual a especialidade médica a consultar.

Artigo 7.º. *Parecer da Comissão de Verificação e Avaliação*

criminal, consagrados no artigo 29.º, n.º 1 e do disposto no n.º 5 do artigo 112º, relativamente à amplitude da liberdade de limitação do direito à vida, interpretado de acordo com o princípio da dignidade da pessoa humana, conforme decorre da conjugação do artigo 18.º, n.º 2, respetivamente, com os artigos 1.º e 24.º, n.º 1, todos da Constituição da República Portuguesa”¹⁸⁹

As justificativas do pedido para sustentar a inconstitucionalidade dos artigos impugnados restringiu-se a insuficiente densificação normativa dos conceitos de i) situação de sofrimento intolerável, ii) com lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico ou doença incurável e fatal, iii) quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.

Assim, o conceito indefinido e altamente indeterminados de situação de sofrimento intolerável, bem como de lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico, evidenciaria uma forte dimensão de subjetividade, o que não contribuiria para a clareza e segurança jurídica. Desta forma, a sua definição ficaria a cargo, quase que totalmente, do parecer do médico orientador e do especialista, na verificação do preenchimento dos pressupostos para o exercício da antecipação da morte medicamente assistida, revelando, portanto, sua incompatibilidade com a Constituição, visto tratar de matéria que se situa

1- 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 Antecipação da Morte (CVA), prevista no artigo 23.º, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, que é elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis.

2- 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.

3- Em caso de parecer desfavorável da CVA, o procedimento em curso é cancelado, podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 3º.

4- No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se este mantém e reitera a sua vontade, devendo a sua decisão consciente e expressa ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 10.º, o qual integra o RCE.

Artigo 27.º. Alteração ao Código Penal

Os artigos 134.º, 135.º e 139.º do Código Penal passam a ter a seguinte redação:

“Artigo 134.º [...]

1- [...]

2- [...]

3- A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º xxx.

Artigo 135.º [...]

1- [...]

2- [...]

3- A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º xxx.

Artigo 139.º

1- (Atual corpo do artigo).

2- Não é punido o médico ou enfermeiro que, não incitando nem fazendo propaganda, apenas preste informação, a pedido expresso de outra pessoa, sobre o suicídio medicamente assistido, de acordo com o n.º 3 do artigo 135.º.”

¹⁸⁹ TRIBUNAL Constitucional de Portugal. **Acórdão n.º 123/2021**, de 15 de março de 2021. Op. cit, ponto nº 1 Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html>. [Consult. 14-03-2024].

no *core* dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos, por envolver o direito à vida e a liberdade da sua limitação, num quadro de dignidade da pessoa humana.

No entanto, cumpre salientar que o Presidente da República, no pedido de controle de constitucionalidade, indicou expressamente que “não é objeto deste requerimento ao Tribunal Constitucional, em todo o caso, a questão de saber se a eutanásia, enquanto conceito, é ou não conforme com a Constituição, mas antes a questão de saber se a concreta regulação da morte medicamente assistida operada pelo legislador no presente Decreto se conforma com a Constituição”¹⁹⁰.

Com efeito, a questão gerou dúvida, uma vez que a petição havia indicado expressamente que não queria escrutinar o que poderia ser definido como o “problema abstrato”, ou seja, se a morte medicamente assistida era em si compatível com a Constituição. Em vez disso, o pedido dizia respeito a segmentos normativos, isoladamente considerados, limitando-se a questionar se os conceitos de “sofrimento intolerável” e da “lesão definitiva de extrema gravidade de acordo com o consenso científico”, contidas no artigo 2º, parágrafo 1º, do Decreto, estão em conformidade com os preceitos constitucionais.

Destarte, consoante disposto nos artigos 51.º, n.º 1, da Lei n.º 28/82, de 15 de novembro (Lei de Organização, Funcionamento e Processo do Tribunal Constitucional - LTC), “o Tribunal só pode declarar a inconstitucionalidade ou a ilegalidade de normas cuja apreciação tenha sido requerida, mas pode fazê-lo com fundamentação na violação de normas ou princípios constitucionais diversos daqueles cuja violação foi invocada”¹⁹¹. Diante disso, uma interpretação restritiva dessa norma pode induzir que a Corte fosse impedida, no presente caso, de se pronunciar sobre o enunciado da norma jurídica considerada com um todo (em abstrato), ou seja, estaria impedida de avaliar a legitimidade constitucional da opção legislativa pela descriminalização da morte assistida.

Contudo, o Tribunal Constitucional superou a divergência e reconheceu a legitimidade para analisar a conformidade da norma com a Constituição, considerando que se a norma possui uma unidade teleológica, correspondendo numa completude estrutural, incindível, que não pode ser recortado, para que verdadeiramente adquira sentido. Nesse sentido a Corte afirmou que

“face à completude e ao sentido da norma jurídica em causa, que a análise de tal pretensão carece de sentido se não for integrada no conjunto global e lógico dos elementos da previsão da norma que, cumulativamente, determinam a não punibilidade da antecipação da morte medicamente assistida por decisão da pessoa e a seu pedido. (...)”

¹⁹⁰ *Idem*, ponto nº 3.

¹⁹¹ LEI 28/82, de 15 de novembro. **Diário da República, I Série, n.º 264**, Suplemento. Disponível em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/legislacao0101.html#art51>. [Consult. 08-08-2023]

Assim, a norma sindicada a título principal, tal como compreendida pelo Tribunal, é a que consta do artigo 2.º, n.º 1, do Decreto n.º 109/XIV, com todo o seu conteúdo prescritivo (designadamente aquele que lhe é projetado a partir do número 3), enquanto norma completa, ao considerar *antecipação da 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 intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde e concretizada mediante pedido que obedece a procedimento clínico e legal* (previsto no Decreto).”

Este recorte ou entendimento permite ao Tribunal analisar a conformidade de tal norma com a Constituição, incluindo o parâmetro do *direito à vida*, consagrado no respetivo artigo 24.º, n.º 1, o qual o próprio requerente não deixa de invocar quando, ao enunciar (negativa e positivamente) o objeto do recurso, refere «tratar-se de matéria que se situa no *core* dos direitos, liberdades e garantias, por envolver o direito à vida e a liberdade da sua limitação, num quadro de dignidade da pessoa humana»; e, outrossim, mais adiante, na conclusão, ao fazer referência «à amplitude da liberdade de limitação do direito à vida, interpretado de acordo com o princípio da dignidade da pessoa humana, conforme decorre da conjugação do artigo 18.º, n.º 2, respetivamente, com os artigos 1.º e 24.º, n.º 1, da Constituição da República Portuguesa» (cfr. o ponto 3º do requerimento e a conclusão); ou, ainda, quando afirma que a «insuficiente densificação normativa não parece conformar-se com a exigência constitucional em matéria de direito à vida e de dignidade da pessoa humana» (requerimento, ponto 9.º)”¹⁹².

Desse modo, o Tribunal corrigiu o erro do requerimento para apreciação preventiva da constitucionalidade, superando o que chamou de “mero lapso”, em referência a fundamentação do pedido que se referia apenas a certos segmentos da norma e, por conseguinte, ampliou o alcance do julgamento, considerando a inserção jurídica dos preceitos no conjunto do diploma vergastado.

5.2.3. Da fundamentação jurídica e da decisão: constitucionalidade ou não da não punibilidade da antecipação da morte medicamente assistida.

Ao apreciar o mérito, a Corte Suprema registrou que, tal como previsto no Decreto n.º 109/XIV, o legislador buscou não só descriminalizar a prática ou ajuda à prática da antecipação da morte medicamente assistida, através da não punibilidade dos profissionais de saúde, mas, também, legalizá-la, regulamentando o procedimento administrativo e de execução, observando os pressupostos previstos no n.º 1 do artigo 2º.

Não obstante, o Tribunal salientou que cumpre equacionar a conformidade da norma questionada, consubstanciada na não punibilidade da colaboração voluntária dos profissionais

¹⁹² TRIBUNAL Constitucional de Portugal. **Acórdão n.º 123/2021**, de 15 de março de 2021. *Op. cit.*, ponto n.º 12

de saúde na morte de uma pessoa a seu pedido, com o direito à vida, consagrado no artigo 24º, nº 1, da Constituição Portuguesa.

Nesse sentido, enfatizou que o texto constitucional afirma expressamente que “a vida humana é inviolável”, sublinhando a posição privilegiada desse direito, como direito precursor dos demais direitos fundamentais. Com efeito, o direito à vida é objeto de reconhecimento jurídico universal, com *prius* lógico, valorado em grau máximo, gozando, assim, de uma proteção qualificada.

Entretanto, a inviolabilidade do direito à vida não o torna absoluto, conforme afirmou a Corte: “No caso do artigo 24.º, n.º 1, da Constituição, o grau superior de qualificação assumido pela afirmação enfática da inviolabilidade da vida humana, exige um nível protetivo congruente com a forte identidade axiológica que o caracteriza. Isso não exclui em absoluto, porém, a consideração de fatores de ponderação que permitam dar resposta, na projeção dessa inviolabilidade, a circunstâncias especiais – neste caso muito especiais – que devam ser efetivamente consideradas em contextos consistentemente desafiantes em que os pressupostos da absolutização – a “libertação” de quaisquer condições ou espaços de ponderação – são testados ao limite, exigindo respostas nem sempre acomodáveis à projeção de uma rigidez levada ao paroxismo.”¹⁹³

Continuou asseverando, que “a proteção do bem vida humana toma contornos muitas vezes complexos, especialmente na ponderação em questões delicadas, principalmente, relacionadas com a autonomia da pessoa, como, por exemplo, “o ‘direito ao corpo’, o suicídio, a colocação da vida em perigo, o consentimento de tratamentos médicos ou a ‘liberdade de morrer’. A eutanásia e o suicídio medicamente assistido são dois campos problemáticos em que tal tensão se torna particularmente visível e aguda, como é evidenciado pelas experiências de direito comparado e pela jurisprudência, seja de tribunais constitucionais, seja de tribunais internacionais”¹⁹⁴.

Oportunamente, o Tribunal Constitucional apresentou referências sobre o direito comparado, apresentando três grandes tendências na solução de controvérsias que versam sobre a morte medicamente assistida: i) a despenalização e a regulação expressa da eutanásia ativa e, ou, do suicídio assistido (Países Baixos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, alguns Estados dos Estados Unidos da América, Colômbia, Estado australiano da Victória e Nova Zelândia); ii) a tolerância relativamente ao suicídio assistido, sem que lhe seja conferida uma regulação legal expressa (Alemanha, Itália, Suíça); e iii) a proibição da eutanásia ativa e do suicídio assistido (v.g. França e Reino Unido, entre muitos outros).

¹⁹³ *Idem*, ponto nº 26.

¹⁹⁴ *Ibidem*.

Seguindo a linha jurisprudencial do TEDH sobre suicídio assistido e eutanásia passiva, continuou sustentando que o direito à vida, previsto no artigo 2º da CEDH, não abarca o direito de uma pessoa dispor da própria vida, seja com ou sem auxílio de terceiros. Por outro lado, o direito ao respeito pela vida privada, consagrado no artigo 8º da CEDH, reconhece o direito individual de decidir sobre o fim de sua existência. No entanto, esse direito não é absoluto e deve ser ponderado em face de outros interesses legítimos, como o dever do Estado de proteger a vida e as implicações éticas, científicas e jurídicas envolvidas na questão.

O Tribunal Constitucional, ainda, asseverou que, diante da proclamação expressa da inviolabilidade da vida humana na Constituição Portuguesa, é possível concluir que o direito fundamental à vida não tem uma dimensão negativa capaz de sustentar a afirmação de um direito à própria morte. Nas suas palavras: “o direito de viver (e, portanto, de não ser morto) não se contrapõe um direito a morrer ou a ser morto (por um terceiro ou com o apoio da autoridade pública), um direito a não viver ou um direito de escolha sobre continuar ou não a viver (cfr. neste sentido o Acórdão do TEDH [Sec.], de 29 de abril de 2002, *Pretty c. Royaume-Uni*, Queixa n.º 2346/02, §§ 39-40)”¹⁹⁵.

Todavia, a Corte também suscitou o direito de autodeterminação individual e da liberdade geral de ação, refletidos no direito fundamental ao desenvolvimento da personalidade, consagrado no art. 26º, nº 1, da Constituição, impondo um limite ao próprio dever do Estado de proteção à vida.

Com efeito, a mencionada liberdade geral de ação e a capacidade de autodeterminação vinculada à autonomia individual confere a cada pessoa o poder de decidir e conduzir sua própria existência, fazendo escolhas relevantes de acordo com seu projeto de vida. Por sua vez, o direito de desenvolvimento da personalidade pode, inclusive, incluir o projeto de fim de vida, baseado na liberdade de cada um fazer escolhas relevantes sobre a própria vida, enquanto ser dotado de racionalidade e responsabilidade, positivada na autonomia decisória, desde que tomada de forma capaz, livre, conciente e esclarecida.

Nesse sentido é jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, transcrita no acórdão analisado: “o direito de uma pessoa decidir de que modo e em que momento a sua vida deve terminar, desde que esteja em condições de formar livremente a sua vontade a esse respeito e de agir em conformidade é um dos aspetos compreendidos no direito ao respeito pela vida privada consagrado no artigo 8.º da Convenção” (v. o Acórdão [Sec.] de 20 de janeiro de 2011, *Haas c. Suisse*, Queixa n.º 31322/07, § 51; confirmando esta jurisprudência, v. os

¹⁹⁵ TRIBUNAL Constitucional de Portugal. **Acórdão n.º 123/2021**, de 15 de março de 2021. *Op. cit.*, ponto nº 28.

Acórdãos [Sec.] de 19 de julho de 2012, *Koch c. Allemagne*, Queixa n.º 497/09, § 52; e de 14 de maio de 2013, *Gross c. Suisse*, Queixa n.º 67810/10, § 59).¹⁹⁶

De todo modo, o Tribunal acabou desconsiderando tal argumento, alegando que não era necessário se pronunciar sobre a questão, pois o julgamento não se referia a conduta isolada daqueles que pretendem acabar com suas vidas, até porque o suicídio tentado não é punível em Portugal, mas, sim, a assistência (ou colaboração) dos profissionais de saúde na antecipação da morte de uma pessoa, a seu pedido, em um plano de ação regulado e supervisionado pelo Estado.

Entretanto, o Decreto nº 109/XIV criava condições para que pessoas, em determinadas situações de sofrimento intolerável, pudessem, através da manifestação de sua autonomia, decidir sobre a antecipação de sua morte em segurança e com a colaboração voluntária de médicos e outros profissionais de saúde. Com efeito, é a colaboração de um terceiro na disposição da vida de alguém que torna a situação problemática, na medida em que converte essa disposição no resultado de uma interação social, que deve ser regulada pelo Estado, ganhando relevância na dimensão estatal de proteção à vida, com bem jurídico indisponível e inviolável.

Na exposição dos fundamentos, o Tribunal ainda salientou que: “Ciente da tensão entre o dever de proteção da vida e o respeito da autonomia pessoal em situações-limite de sofrimento, aquela opção funda-se numa conceção de pessoa própria de uma sociedade democrática, laica e plural dos pontos de vista ético, moral e filosófico. De acordo com tal conceção, o direito a viver não pode transfigurar-se num dever de viver em quaisquer circunstâncias. O contrário seria incompatível com a noção de homem-pessoa, dotado de uma dignidade própria, que é um sujeito autoconsciente e livre, autodeterminado e autorresponsável, em que se funda a ordem constitucional portuguesa”¹⁹⁷.

Ademais, na mesma linha de salvaguarda da liberdade de autodeterminação do paciente, o Tribunal considerou que a opção legislativa que regula a antecipação da morte medicamente assistida não é necessariamente incompatível com o dever do Estado de proteger a vida humana, consagrada no artigo 24, § 1º, do CRP, em razão da situação de particular de angústia e pelo sofrimento, *in littis*: “E a uma tal tensão, a proteção absoluta e sem exceções da vida humana não permite dar uma resposta satisfatória, pois tende a impor um sacrifício da autonomia individual contrário à dignidade da pessoa que sofre, convertendo o seu direito a viver num dever de cumprimento penoso. Por isso mesmo, o legislador democrático não está

¹⁹⁶ *Idem* – ponto nº 28.

¹⁹⁷ *Ibidem* – ponto nº 32.

impedido, por razões de constitucionalidade absolutas ou definitivas, de regular a antecipação da morte medicamente assistida”¹⁹⁸.

Entretanto, o Tribunal Constitucional português encerrou a parte da exposição das razões da decisão destacando a necessidade que o legislador tem de observar os limites constitucionais, precipuamente no tocante aos direitos fundamentais, em especial no caso de antecipação da morte medicamente assistida a pedido da própria pessoa. A esse respeito, sublinhou que a dimensão objetiva do valor da vida humana impõe ao Estado o poder-dever de proteção, em razão da situação particularmente vulnerável em que se encontra o requerente da morte.

Com efeito, tendo em conta que uma decisão dessa natureza produz um resultado definitivo e irreversível, só pode ser satisfeito se houver garantias suficientes de que tal decisão resulte de uma expressão real de autodeterminação por parte daquele que a pronúncia, a fim de protegê-lo contra ações precipitadas ou ações determinadas por pressões sociais ou familiares.

Neste contexto, o Tribunal concluiu que o dever de proteger a vida e a autonomia da doente que pretende antecipar a própria morte, em razão da situação de grande sofrimento e sem perspectivas de recuperação, obriga o legislador a definir de forma rigorosa as hipóteses de cabimento, a determinando as situações em que é admissível recurso à morte medicamente assistida, de forma clara, previsível e controlável. Além disso, imprescindível a prestação de garantias processuais sólidas e adequadas destinadas a proteger liberdade e consciência do paciente e assegurar a verificação concreta das condições legais.

Diante do exposto, concluiu o Tribunal a este respeito: “Só desse modo se cumprem as exigências de certeza e de segurança jurídica próprias de um Estado de direito democrático, garantidoras de que a antecipação da morte medicamente assistida se contém dentro dos limites que a justificam constitucionalmente, face ao dever de proteção decorrente da inviolabilidade da vida humana: a salvaguarda do núcleo de autonomia inerente à dignidade de cada um, enquanto sujeito, ou seja, um ser autodeterminado e autorresponsável”¹⁹⁹.

Após expor os fundamentos sobre a compatibilidade da antecipação da morte medicamente assistida com a inviolabilidade da vida humana, a Corte passou a analisar as alegações do requerente sobre a insuficiente densificação normativa dos conceitos descritivos dos critérios utilizados no Decreto nº 109/XIV, especificamente no que concerne aos conceitos de sofrimento intolerável e lesão definitiva de extrema gravidade segundo o consenso científico, previstos no art. 2º, nº 1, como pressupostos (cumulativos) para o recurso à antecipação da

¹⁹⁸ *Ibidem*

¹⁹⁹ *Ibidem* – ponto nº 35.

morte medicamente assistida, em atendimento ao princípio da legalidade criminal e da determinabilidade das leis.

Ao apreciar o tema, o Tribunal afastou a aplicação do princípio da legalidade criminal, uma vez que esse princípio se refere a uma proteção individual contra possíveis arbítrios do Estado, no âmbito do direito penal. Nesse sentido, destacou que o campo de aplicação desse princípio diz respeito às normas incriminatórias (descrição do crime) e não às causas de exclusão de ilicitude ou de culpa. Isso porque a indeterminação de uma norma que exclui a responsabilidade criminal tende a ampliar, e não estreitar, as possibilidades de, em concreto, um comportamento não ser punido, operando assim a regra a favor do agente.

Portanto, tendo em vista que a norma prevista no Decreto nº 109/XIV estabelece hipóteses de exclusão de punibilidade das condutas tipificadas nos artigos 134.º e 135.º do Código Penal, nos casos de participação dos profissionais de saúde na antecipação da morte medicamente assistida, a eventual indeterminação conceitual arguida reduziria a possibilidade dessas pessoas serem processadas, logo, isso funcionaria a seu favor e não reivindicaria a proteção conferida pelo *princípio da legalidade penal*.

A respeito da exigência da determinabilidade enquanto dimensão do princípio da legalidade criminal, a Corte entendeu que as condições e pressupostos previstos no Decreto impugnado como causa de exclusão da punibilidade é “integrada *apenas por elementos descritivos e conceitos determinados*, o que coloca o *autor material do facto* em condições de poder motivar e dirigir a sua atuação. Este – que só pode ser, como vimos, um profissional de saúde – dispõe, pois, e em suma, dos meios necessários para orientar a sua conduta de modo a evitar a *punibilidade* das condutas tipificadas nos artigos 134.º e 135.º do Código Penal, em termos que satisfazem as exigências de determinabilidade, conforme vêm sendo delineadas pela jurisprudência deste Tribunal”²⁰⁰.

O Tribunal argumentou que a precisão regulamentar insuficiente dos conceitos, conforme alegado pelo Presente da República, poderiam ser verificadas referindo-se a outro princípio constitucional - o princípio da determinabilidade das leis, como corolário do princípio do Estado Democrático de Direito e da reserva de direito parlamentar, decorrente dos artigos 2.º e 165.º, n.º 1, alínea b), da CRP, uma vez que vinculado a uma norma relativa a um direito fundamental (no caso, o direito à vida, previsto pelo artigo 24, n. 1º, do CRP).

Assim, apesar de consignar sobre a forte dimensão de subjetividade do conceito de sofrimento, estando estreitamente associado a uma perspectiva individual do doente, o Tribunal reconheceu que o sofrimento pode ser “heteroavaliável e verificável”. Nesse sentido, cumpre

²⁰⁰ *Ibidem* – ponto nº 37.

destacar que a verificação do critério normativo de situação de sofrimento intolerável foi confiada aos profissionais de saúde, sujeitos ao cumprimento das *leges artis* e dotados de conhecimento científico da patologia do paciente, capaz de avaliar com certa objetividade a situação de sofrimento. Portanto, a Corte concluiu que, embora o conceito seja amplo e indeterminado, é determinável, podendo e devendo ser objetiva e comprovado em cada caso concreto, a partir do estado de conhecimento e da experiência da medicina e da aplicação das regras da profissão médica.

Por outro lado, ao analisar o segundo conceito normativo questionado da “lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico”, o Tribunal Constitucional reconheceu a insuficiência da densificação normativa desse conceito, considerando, portanto, o art. 2.º, n.º 1, do Decreto n.º 109/XIV, “inapto, por indeterminação, para disciplinar em termos previsíveis e controláveis as condutas dos seus destinatários”²⁰¹.

A Corte argumentou que em relação aos termos “lesão definitiva”, “gravidade extrema” ou “a exigência de consenso científico”, o legislador não estabeleceu qualquer indício ou critério objetivo para caracterizá-los, sendo forçoso reconhecer que as expressões adotadas na norma não podem ser facilmente aplicáveis e determináveis pelos profissionais de saúde a quem se destinam.

Diante de todas as considerações, ao final, o Tribunal declarou a “inconstitucionalidade da norma constante do seu artigo 2.º, n.º 1, e dos artigos 4.º, 5.º, 7.º e 27.º, do Decreto n.º 109/XIV, com fundamento na violação do princípio de determinabilidade da lei enquanto corolário dos princípios do Estado de direito democrático e da reserva de lei parlamentar, decorrentes das disposições conjugadas dos artigos 2.º e 165, n.º 1, alínea b), da Constituição da República Portuguesa, por referência à inviolabilidade da vida humana consagrada no artigo 24.º, n.º 1, do mesmo normativo”²⁰².

Este acórdão do Tribunal Constitucional, que resultou no veto do Presidente da República ao texto normativo impugnado, é um marco, pois não afastou, em definitivo, a possibilidade de acolhimento de normas que versem sobre a antecipação da morte medicamente assistida. Ao contrário, o Tribunal reconheceu a compatibilidade da matéria com o ordenamento constitucional português, notadamente com o direito fundamental à vida, em cotejamento com a capacidade autodeterminação inerente a dignidade humana de quem sofre, restando a censura adstrita à indeterminabilidade dos conceitos de “lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com consenso científico”.

²⁰¹ *Ibidem* - ponto n.º 48.

²⁰² *Ibidem* - Capítulo III.

Isso significava que a admissibilidade constitucional da morte medicamente assistida dependia apenas de uma maior precisão e especificação legislativa dos conceitos descritivos dos critérios e pressupostos normativos.

Diante do exposto, o Parlamento voltou-se a preparar uma reformulação da lei sujeita a censura constitucional, a fim de buscar corrigir as deficiências denunciadas pelo Tribunal Constitucional relativamente aos conceitos de “extrema gravidade” da lesão definitiva e a sua realização através do “consenso científico”.

5.3. Acórdão nº 5/2023, do Tribunal Constitucional.²⁰³

Após a declaração de inconstitucionalidade do Decreto nº 109/XIV pelo Tribunal Constitucional, através de Acórdão nº 123/2021, e consequente devolução à Assembleia da República sem promulgação, o Parlamento renovou a sua iniciativa legislativa, aprovando o Decreto nº 119/XIV, alterando os exatos termos em que foi reprovada. Entretanto, o decreto citado foi alvo de novo veto político do Presidente da República.

Irresignados, tendo em vista todo o processo legislativo e o longo debate realizado na Legislatura XIV, a Assembleia da República aprovou o Decreto nº 23/XV, visando corrigir as irregularidades apontadas na norma anterior. Todavia, a legislação seguinte foi novamente submetida ao crivo da Corte Constitucional para apreciação do controle preventivo de constitucionalidade.

5.3.1. Do Decreto nº 23/XV

O Decreto nº 23/XV da Assembleia da República, tendo como base substancial o Decreto 199/XIV, inovou com pequenas alterações ao texto original, em consequência do Acórdão nº 123/2021 do Tribunal Constitucional, desta feita corrigindo os equívocos conceituais, visando eliminar qualquer indeterminação jurídica que poderia embasar uma nova fiscalização preventiva de inconstitucionalidade e, consequentemente, o veto do Presidente da República.

Assim, visando clarificar o texto anteriormente fustigado, o Parlamento alterou a normativa referente à morte medicamente assistida não punível, suprimindo a alusão ao termo

²⁰³ TRIBUNAL Constitucional de Portugal. **Acórdão n.º 5/2023**, de 30 de janeiro de 2023. Relator: Conselheira Maria Benedita Urbano. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20230005.html>. [Consult. 14-03-2024]

“antecipação da morte”, bem como a existência de “doença fatal” e a necessidade de “consenso científico” relativa à gravidade da lesão que legitimaria o acesso ao recurso.

Dessa forma, conforme previsto no artigo 3º, nº 1, do referido Decreto, “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”²⁰⁴.

Portanto, as situações legitimadoras da morte medicamente assistida não punível passaram a ser a de “doença grave e incurável”, assim definida como “a doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade”, ou “lesão definitiva de gravidade extrema”, considerada como “a 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” (artigo 2º, alínea d) e e) e artigo 3º, nº 3)²⁰⁵.

5.3.2. Delimitação do objeto de apreciação

A pedido do Presidente da República, o Tribunal Constitucional foi, mais uma vez, provocado a realizar o controle de constitucionalidade do Decreto nº 23/XV, da Assembleia da República, que “regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal”.

O requerimento apresentado apontava a necessidade de fiscalização preventiva de constitucionalidade das “normas constantes da alínea d) do artigo 2º, na parte em que define «doença grave e incurável»”; das alíneas e) e f) do artigo 2º, quando conjugadas com as normas constantes dos nºs 1 e 3, alínea b) do artigo 3º; dos nºs 1 e 3, alínea b) do artigo 3º; consequentemente, as normas constantes dos artigos 5º, 6º e 7º; consequentemente, as normas constantes do artigo 28º na parte em que alteram os artigos 134º, nº 3, 135º, nº 3 e 139º, nº 2 do

²⁰⁴ DECRETO N.º 23/XV, de 9 de dezembro de 2022. Assembleia da República. Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a564268636d786862575675644746794c7a566c596d526c597a466a4c5751334f5755744e4459345a5331684e546b794c544d7a5a6d566859544534595467774e43356b62324d3d&fich=5ebdec1c-d79e-468e-a592-33feaa18a804.doc&Inline=true> [Consult. 14-03-2024]

Código Penal, na parte em que alteram os artigos 134.º, n.º 3, 135.º, n.º 3 e 139.º, n.º 2 do Código Penal, do Decreto n.º 23/XV da Assembleia da República, por violação do princípio da determinabilidade da lei enquanto corolário dos princípios do Estado de direito democrático e da reserva de lei parlamentar, decorrentes das disposições conjugadas dos artigos 2.º e 165.º, n.º 1, alínea b), por referência à inviolabilidade da vida humana consagrada no artigo 24.º, n.º 1, todos da Constituição da República Portuguesa”²⁰⁶.

5.3.3. Da fundamentação jurídica e da decisão.

Ao contrário do que sucedeu no Acórdão 123/2021, no julgamento em questão o Tribunal Constitucional foi convenientemente objetivo, fazendo um breve apanhado da morte medicamente assistida no direito comparado, logo passando a analisar em concreto a utilização de conceitos jurídicos indeterminados face as questões de constitucionalidade apontadas pelo impugnante.

Inicialmente, convém destacar as considerações feitas pela Corte sobre a utilização de conceitos indeterminados pelo legislador ordinário, em especial, no caso, da definição de “doença grave e incurável”, como condição para aplicação das normas constantes do Decreto n.º 23/XV.

Assim, o Tribunal asseverou que as leis devem ser claras e densas, como corolário dos princípios da legalidade do princípio da segurança jurídica e da proteção da confiança. Não obstante, sustentou que legislador pode valer-se de normas com conteúdo indeterminado, identificando e individualizando o fato gerador dos efeitos jurídicos, porém sem descrevê-lo de forma taxativa e exaustiva, face a dificuldade material em definir um conceito em termos precisos ou na impossibilidade de elencar todas as condições para a hipótese legal.

Nesse sentido, é imprescindível, para efeitos de interpretação e aplicação, que fique evidenciado a intenção do legislador, possibilitando a integração do conceito segundo sua vontade. Posto isso, importa sublinhar que a problemática (de utilização de conceitos jurídicos indeterminados) pode levar a declaração de não conformidade da lei, principalmente em matéria penal, onde a certeza do direito é pressuposto de confiança do cidadão face à possibilidade de arbítrio e de excesso do poder estatal.

²⁰⁶ TRIBUNAL Constitucional de Portugal. **Acórdão n.º 5/2023**, de 30 de janeiro de 2023 Op. cit., ponto n.º 1. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20230005.html>. [Consult. 14-03-2024]

Na sequência, sobre o conceito legal de “doença grave e incurável”, especialmente quanto a alusão a “grande intensidade” (art. 2º, alínea d), do Decreto), o Tribunal consignou que, apesar de evidentemente se tratar de um conceito jurídico indeterminado, não é manifestamente vago, permitindo facilmente aos profissionais de saúde e à Comissão de Verificação e Avaliação interpretarem a norma, sem que haja perigo de deturpar a vontade do legislador ou substituí-lo.

Ademais, quanto a alegação de omissão da exigência do “sofrimento de grande intensidade”, não descrito na alínea e) do Art. 2º, apesar de reconhecer a falha, a Corte sustentou que se trata de um caso típico de má técnica legislativa, podendo ser elucidado pela conjugação dos artigos 3º e 2º d) e f), inferindo que a exigência do sofrimento de grande intensidade é requisito para ambas as hipóteses, ou seja, tanto para os casos de “doença grave e incurável” quanto para a “lesão definitiva de gravidade extrema”.

Por outro lado, o Tribunal Constitucional apontou a possibilidade de controle de constitucionalidade da norma prevista na alínea f) do artigo 2º do Decreto nº 23/XV, no âmbito do segmento normativo relativo ao “sofrimento de grande intensidade”, assim definido como “o sofrimento físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa”²⁰⁷.

Nessa esteira, mesmo reconhecendo que “o sofrimento é, por natureza, ontológico, multidimensional e subjetivo, ligado a uma situação de angústia e aflição que afeta a integralidade da pessoa”²⁰⁸, o primeiro apontamento do Tribunal Constitucional referiu-se a alusão ao caráter físico do sofrimento, o que infere uma repercussão somática, ligando o sofrimento físico à dor corporal ou o sofrimento que advém da dor. Assim, seria essencial buscar significado ao sofrimento físico para além das definições dos pressupostos de doença grave e lesão definitiva de gravidade extrema.

Outra questão suscitada foi a de saber se as condições de sofrimento *físico, psicológico e espiritual* são cumulativas ou alternativas. Tal aspecto tem relevância, no plano jurídico constitucional, pois, caso sejam consideradas alternativas, amplia-se, consideravelmente, as situações em que se poderia recorrer ao procedimento da morte medicamente assistida. Ao contrário, considerando as condições cumulativas, corresponderia a um paradigma axiológico bem mais restrito com relação às hipóteses permissivas das condutas eutanásicas.

Outrossim, o Tribunal afirmou que a utilização da conjunção “e” nem sempre implica ou equivale a verificação cumulativa, sendo que esta imprecisão pode gerar dúvidas aos

²⁰⁷ DECRETO N.º 23/XV, de 9 de dezembro de 2022. Op. Cit.

²⁰⁸ *Idem.*, ponto nº 12.2.2.1.

i) Levando em consideração que o direito comparado, em especial a lei espanhola da eutanásia (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)²⁰⁹, que teve grande influência sobre o legislador português nos trabalhos preparatórios que levaram a aprovação do Decreto nº 23/XV, importa consignar que, na lei espanhola, o sofrimento físico e psicológico são condições alternativas e não cumulativas, conforme se depreende do art. 3º, alínea b) e c)²¹⁰. Da mesma forma ocorre na lei belga²¹¹ e colombiana²¹² que, expressamente, admitem o sofrimento físico

e psicológico em alternativa. Com efeito, questiona se o legislador português teria preferido optar por uma solução mais restritiva, afastando-se da solução adotada em outros países.

ii) No caso, vale destacar a Lei nº 52/2012 que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, haja vista o paralelismo das normas. Assim, na alínea a), Base II, bem como no nº 1, Base III²¹³, a norma se refere ao sofrimento decorrente de doença grave e incurável, tendo como foco principal “a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual”. Evidente que não se exigirá, tampouco essa era a intenção do legislador, a cumulação de todos esses sofrimentos para que os doentes tenham direito e acesso aos cuidados paliativos. Nesse caso, a conjunção “e” não tem sentido de cumulatividade, mas de alternativa exemplificativa.

Com efeito, considerando o contexto da lei e lugares paralelos, em composição do complexo normativo do instituto que se integra a norma e a unidade intrínseca de todo ordenamento jurídico, o Tribunal Constitucional resolveu que “o segmento em análise (“sofrimento físico, psicológico e espiritual”) consente que dele se extraíam legitimamente **alternativas interpretativas possíveis e plausíveis que conduzem a resultados práticos substancialmente distintos, senão antagónicos**: i) reservar o acesso à morte medicamente assistida a pessoas que, em virtude de lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, relatem um sofrimento que corresponda cumulativamente às tipologias de sofrimento físico, psicológico e espiritual; ou ii) **garantir** o acesso à morte medicamente assistida a pessoas que, em consequência de uma das mencionadas situações clínicas, sofram intensamente, *seja qual for a tipologia do sofrimento*, nomeadamente físico, psicológico ou espiritual. Ora, como profusamente salientado *supra*, tal alternatividade é um resultado *carregado de incerteza jurídica* que este Tribunal não pode deixar passar em branco,

<https://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2014%20-%202015/PL%20117-14%20Eutanasia%20definitivo.pdf>. [Consult. 15-08-2023]

²¹³ BASE II

Conceitos

Para efeitos da presente lei, entende-se por:

a) «Cuidados paliativos» os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;

BASE III

Cuidados paliativos

1 - Os cuidados paliativos centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva.

sob pena de deixar nas mãos da Administração (*rectius*, das administrações) e dos tribunais fazer escolhas que competem em exclusivo à Assembleia da República”²¹⁴. (destaque original)

Portanto, haja vista a suposta ambiguidade da opção legislativa no uso da conjunção “e” (cumulação ou alternatividade), ao final, o Tribunal se pronunciou pela inconstitucionalidade da norma constante da alínea *f*) do artigo 2.º, conjugada com a norma constante do n.º 1 do artigo 3.º, ambas do Decreto n.º 23/XV, com fundamento na violação do princípio da determinabilidade das leis, enquanto corolário dos princípios do Estado de direito democrático, da legalidade, na sua dimensão de reserva de lei, e da segurança jurídica e proteção da confiança, decorrentes das disposições conjugadas dos artigos 2.º e 165.º, n.º 1, alínea *b*), da Constituição da República Portuguesa, por referência à inviolabilidade da vida humana consagrada no artigo 24.º, n.º 1, e, em consequência, também pela inconstitucionalidade das normas constantes dos artigos 5.º, 6.º, 7.º e do artigo 28.º do mesmo Decreto, “na parte em que alteram os artigos 134.º, n.º 3, 135.º, n.º 3 e 139.º, n.º 2, do Código Penal.

É possível concluir, enfim, que o Tribunal Constitucional, no julgamento em análise, entendeu prejudicada a validade da norma aprovada pela Assembleia da República, em razão da não conformidade constitucional da norma, por excesso de zelo e rigor jurídico, justificada pela impossibilidade de se tolerar dúvidas no tocante aos conteúdos normativos que se referem à morte medicamente assistida, quando está em causa o direito à vida.

Todavia, há que se reconhecer, infelizmente, a inabilidade legislativa na elaboração do texto legal cassado, haja vista, por exemplo, constar na definição que “*sofrimento de grande intensidade*” é “o *sofrimento* físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, *com grande intensidade*, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa”. Ora, é mera repetição de termos, em nada acrescentando ou especificando.

Outrossim, convém salientar que, na ocasião do julgamento do Acórdão n.º 123/2021, apesar de não haver definição da noção de sofrimento no decreto apreciado, o Tribunal Constitucional não censurou este aspecto, tendo superado as alegações quanto à sua indeterminação. Portanto, o legislador acabou inovando, equivocadamente, ao caracterizar a tipologia do sofrimento de grande intensidade, dando causa à inconstitucionalidade da norma.

5.4. Lei n.º 22/2023, de 25 de maio.²¹⁵

²¹⁴ TRIBUNAL Constitucional de Portugal. **Acórdão n.º 5/2023**, de 30 de janeiro de 2023 *Op. cit.*, ponto n.º 12.2.2.1. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20230005.html>. [Consult. 14-03-2024]

²¹⁵ LEI n.º 22/2023, de 25 de maio. **Diário da República n.º 101/2023, Série I de 2023-05-25** [Em linha]. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>. [Consult. 14-03-2024]

Finalmente, no dia 12 de maio, após o quarto veto presidencial a diplomas que despenalizavam a morte medicamente assistida, a Assembleia da República Portuguesa reapreciou e confirmou, por maioria absoluta dos deputados em efetividade de funções, o Decreto n.º 43/XV, que regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal, tendo sido devidamente promulgado pelo Presidente da República no dia 16 de maio de 2023. Por consequência, no dia 25 de maio, foi publicada a Lei 22/2023, entrando em vigor.

A nova versão do diploma sobre a morte medicamente assistida apontou no sentido de revisar a norma no que concerne aos motivos que recaíram o juízo de inconstitucionalidade apontadas no julgamento dos acórdãos n.º 123/2021 e n.º 5/2023 pelo Tribunal Constitucional.

Com efeito, os legisladores voltaram à versão original da norma, que se limitava a mencionar "sofrimento de grande intensidade", sem especificar sua natureza, conforme se depreende da alínea f), art. 2.º da referida Lei²¹⁶.

Ademais, os legisladores alteraram o texto legal, inovando no sentido de retirar do doente o direito de escolha entre o suicídio assistido ou eutanásia. Assim, dispõe o n.º 5 do art. 3.º que “A morte medicamente assistida só pode ocorrer por eutanásia quando o suicídio medicamente assistido for impossível por incapacidade física do doente”.

Da mesma forma, a última parte do artigo 9.º, n.º 2²¹⁷, foi alterada para prever que um médico ou profissional de saúde pode administrar uma droga letal quando o paciente é fisicamente incapaz de administrá-la por conta própria.

De fato, o novo decreto retirou do doente o direito de decidir sobre o método de morte medicamente assistida de sua preferência, eutanásia ou suicídio assistido. Apesar de prever as duas hipóteses, a eutanásia passou a ser subsidiária em relação ao suicídio assistido, estando autorizada somente diante da incapacidade física do doente para autoadministrar os fármacos letais.

²¹⁶ f) «Sofrimento de grande intensidade», o sofrimento decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa;

²¹⁷ Artigo 9.º

Concretização da decisão do doente

1 – 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.

2 – 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.** (grifo nosso)

Com relação às demais disposições, especialmente no tocante ao parecer do médico orientador e a confirmação do médico especialista, o parecer da CVA e a criação do RCE, os requisitos formais para manifestação da vontade do doente, bem como a disposição para alteração dos artigos 134º, 135º e 139º do Código Penal, não houve alterações em relação ao projeto de lei original, pelo que não há por que se debruçar sobre tais normativas, já anteriormente analisadas.

Assim, resta assegurado pela referida norma os procedimentos necessários para prática da eutanásia e do suicídio assistido, em especial para os médicos assistentes, bem como estabelece os mecanismos que permitem controlar e avaliar a correta realização da eutanásia e suicídio assistido, atendendo ao dever do Estado de proteger a vida.

Enfim, considera-se a Lei 22/2023 como uma resposta legislativa a uma demanda atual da sociedade. Assim, neste contexto, a despenalização e regulamentação das condutas eutanásicas, conforme previsto na legislação aprovada, estabelece procedimentos rigorosos e garantidos para a autorização da morte medicamente assistida (como forma de exercício do direito fundamental de morrer por autodeterminação). O objetivo é garantir não só a vontade atual, verdadeira e efetiva do doente, mas, também a proteção dos valores e direitos fundamentais, em especial o direito à vida e a integridade física e moral em conjugação com outros direitos constitucionalmente protegidos como a dignidade, a liberdade, autonomia da vontade, em convergência com a obrigação do Estado de proteger a vida humana nos termos do artigo 24, nº 1, da CRP.

5.5. Lei da Eutanásia: um futuro incerto?

A saga da Lei da Eutanásia em Portugal ainda não terminou.

Conforme já asseverado, no dia 12 de maio, a Assembleia da República, por maioria absoluta, aprovou a nova versão do diploma sobre a morte medicamente assistida (Lei Lei 22/2023, de 25 de maio), pelo que o Presidente da República promulgou o Decreto n.º 43/XV, da Assembleia da República, tal como está obrigado nos termos do artigo 136.º, n.º 2 da Constituição da República Portuguesa.

Não obstante, a Lei da Eutanásia precisa ainda ser regulamentada para garantir sua aplicação, o que deveria ser sido feito pelo Governo num prazo de três meses a partir da data publicação no Diário da República²¹⁸, porém não o fez. Ainda, com o pedido de demissão do Governo em novembro de 2023, o Parlamento foi dissolvido e o processo paralisou.

²¹⁸ Artigo 31º da Lei 22/2023, de 25 de maio.

Inicia-se, então, mais um capítulo sobre a aprovação da Lei da Eutanásia em Portugal.

Com o resultado das eleições legislativas do dia 10 de março de 2024, onde formou-se maioria centro-direita e extrema-direita, que sempre foi contra a Lei da Eutanásia, a probabilidade de que o próximo Governo não regule a Lei da Eutanásia se tornou muito elevada.

Além disso, em que pese as iniciativas legislativas sobre a morte medicamente assistida terem sido, desde 2015, alvo de dois vetos políticos pelo Presidente da República e de dois vetos por inconstitucionalidade decretados pelo Tribunal Constitucional, o tema irá passar novamente para análise da Corte Suprema.

Mesmo após a aprovação da lei no parlamento, em novembro de 2023, a maioria dos deputados do Partido Social Democrata (PSD), contrários a despenalização da eutanásia, entregaram um pedido de fiscalização sucessiva da lei que despenaliza a eutanásia no Tribunal Constitucional. A principal questão levantada no pedido está relacionada à inconstitucionalidade da legislação que regula a prática da eutanásia., "com base no princípio da inviolabilidade da vida humana e na inexistência de um direito fundamental à morte autodeterminada". Dizem os deputados sociais-democratas que esta regulamentação "provoca uma desvalorização implícita da dignidade dos mais frágeis na sociedade (pessoas doentes, idosas e com deficiência), e uma degradação das funções do sistema de saúde e dos seus profissionais, especialmente quando se institucionaliza uma nova prestação a cargo do Estado e de um novo procedimento administrativo para a satisfazer". E levantam a questão da rampa deslizante: "a quebra do princípio da inviolabilidade da vida humana abre a porta ao alargamento deslizante das condições e pressupostos em que a Morte Medicamente Assistida poderá ocorrer"²¹⁹

Ademais, em 12 de março de 2024, a Provedora de Justiça entregou um requerimento junto do Tribunal Constitucional a pedir a declaração de inconstitucionalidade da Lei 22/2023, de 25 de maio (Lei da Eutanásia), o qual passamos a analisar²²⁰.

Logo, o pedido fundamenta-se no inadequado *iter* procedimental adotado pelo legislador que "não dão garantias suficientes de que, ao logo do procedimento administrativo que ocorre por inteiro responsabilidade do Estado, sejam apresentadas a quem requer a

²¹⁹ ORDEM DOS ADVOGADOS. **Eutanásia. Uma lei por regulamentar ou condenada a morte antecipada?**, 23 de janeiro, 2024. Disponível em <https://portal.oa.pt/comunicacao/imprensa/2024/1/23/eutanasia-uma-lei-por-regulamentar-ou-condenada-a-morte-antecipada/> [Consult. em 19-03-2024]

²²⁰ AMARAL, Maria Lucia. **Requerimento para fiscalização da constitucionalidade perante o Tribunal Constitucional. Normas da lei que regula a morte medicamente assistida.** A Provedora de Justiça, 2024. Disponível em https://www.provedor-jus.pt/documentos/2024_03_06_pedido%20inconstitucionalidade_Lei%20Morte%20Medicamente%20Assistida.pdf [Consult. em 19-03-2024]

prestação de auxílio para morrer alternativas reais, presentes e efectivas que venham consubstanciar a livre escolha na persistência (ou não) da pretensão inicial” (grifo original). Por esse motivo, poderia implicar na impossibilidade de exercício do direito escolha livre e esclarecida do doente, autodeterminação e o livre desenvolvimento da personalidade.

Ademais, assenta que a lei é inconstitucional porque exprime a preferência do legislador pela realização da eutanásia ou do suicídio assistido, ao contrário do que reza o sistema legal orientado no sentido de proteção a vida. Nesse sentido, é dever do Estado ser garantidor de proteção e promoção da vida humana e sua qualidade até o fim, sendo a solução adotada pela Lei 22/2023 contrária ao disposto no art. 24, n. 1, da Constituição.

Sendo assim, o futuro da lei da eutanásia em Portugal é incerto. A aprovação da lei foi um passo importante, mas ainda há muitas questões a serem definidas. A eutanásia é um tema complexo e controverso, e sem uma maioria clara no Parlamento a favor da lei e a falta de consenso político sobre o tema, é possível que a lei seja revogada ou que sua aplicação seja postergada. Como resultado, a lei da eutanásia pode ficar inativa por um período indeterminado. É possível que a lei só seja aplicada quando houver um Parlamento com uma maioria clara a favor dela.

CONCLUSÃO

O tema da morte medicamente assistida, inevitavelmente, remete a uma digressão metafísica sobre o sentido da vida, feita com bases em convicções filosóficas, éticas, morais e, muitas vezes, religiosas. Com efeito, a morte também sempre foi um tema sensível, especialmente quando se trata de uma aparente opção entre a morte e a vida, ou a possibilidade de permissão legal do recurso à eutanásia ou ao suicídio assistido.

Nesse sentido, convém asseverar que a morte é uma certeza. Mesmo com os progressos da medicina, várias doenças permanecem sem cura, e o envelhecimento, o declínio e o fim da vida fazem parte da condição humana. É importante reconhecer que a morte é uma parte natural da vida. Ao invés de evitá-la ou temê-la, devemos encarar a morte como uma etapa inevitável da nossa jornada. Essa perspectiva nos permite viver a vida com mais plenitude e aproveitar cada momento ao máximo.

Logo, devemos entender a vida numa perspectiva biográfica, e não somente biológica. A vida está em constante construção, resultado das nossas experiências, das nossas escolhas e das nossas convicções, envolvendo sua história pessoal, memórias, influências culturais, interações sociais e desenvolvimento pessoal. Nós somos o resultado das opções que tomamos e que nos transformam enquanto pessoas.

Numa breve definição, a morte medicamente assistida pode ser compreendida como a possibilidade de antecipar o fim da vida, mediante pedido expresso e consciente do paciente, em situações de sofrimento insuportável e doenças incuráveis. Essa prática respeita a autonomia do indivíduo e busca aliviar o sofrimento extremo, oferecendo duas modalidades: a eutanásia, realizada pelo médico, e o suicídio assistido, sob orientação médica. No entanto, levanta importantes questões bioéticas, ao buscar conciliar o direito à vida com o direito à morte digna, respeitando a autonomia do paciente e aliviando o sofrimento extremo.

Essa concepção sublinha a importância do direito à autodeterminação, que garante a cada pessoa o poder de decidir sobre todos os aspectos de sua existência, inclusive sobre o momento de encerrá-la.

Entretanto, no contexto do presente estudo, independentemente da sua dimensão religiosa, moral, ética e filosófica e das convicções pessoais de cada um, a questão que se coloca em análise é estritamente jurídica, baseado no conflito e cotejamento de direitos fundamentais.

A verdade é que a morte medicamente assistida suscita a ponderação entre dois bens constitucionais de extrema relevância: a vida, protegida pelo art. 24º, nº 1, e a autodeterminação pessoal, protegida pelo direito ao desenvolvimento da personalidade consagrado no art. 26, nº 1, ambos da CRP.

Assim, o tema convoca uma discussão jusconstitucional sobre o dever do Estado de proteger e promover a vida humana, como bem jurídico-constitucional mais valioso, cuja inviolabilidade é afirmada de forma cristalina pela CRP, no seu artigo 24.º, n.º 1, e o anseio universal do ser humano de controlar o próprio destino, reconhecido no direito à autodeterminação em todos os aspectos da vida, de acordo com seus valores e princípios, enquanto dimensão dos direitos fundamentais ao livre desenvolvimento da personalidade, autonomia, bem como do princípio da dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, não se olvida a reconhecer que o sistema constitucional impõe não só o dever estadual de proteção e promoção da vida humana, como bem jurídico primário, mas garantir a qualidade de vida até o fim. Não obstante, o ordenamento jurídico, ao tutelar os direitos da personalidade, reconhece a capacidade do indivíduo e a responsabilidade de tomar decisões sobre si mesmo, em relação aos valores aos quais desejam aderir ou rejeitar livremente. Portanto, ao garantir a cada pessoa o direito de controlar todos os aspectos de sua vida, a Constituição também assegura o direito de decidir sobre o fim de sua própria vida.

O direito à autonomia pessoal, derivado do direito fundamental à personalidade conforme estabelecido no artigo 26.º, n.º 1, da Constituição, engloba uma proteção ampla da individualidade de cada pessoa, baseada na sua livre formação. Este direito protege a liberdade de cada indivíduo para determinar sua vida conforme sua vontade. Isso inclui também o direito a decidir sobre o fim da vida, sobre o tempo e o modo de morrer e a liberdade de pedir ajuda para morrer. Nesse sentido, a execução de um suicídio regular e livremente decidido diz respeito apenas ao titular dos direitos em causa (a vida e a autodeterminação quanto ao fim da vida), na autorrealização da individualidade da pessoa, com toda a sua dignidade, não podendo o legislador proibir a sua prática, não sendo punível a tentativa.

Portanto, em observância ao princípio da autonomia do indivíduo, consagrado pelo direito ao livre desenvolvimento da personalidade, bem como na reserva de liberdade pessoal do indivíduo, responsável pela sua autodeterminação, toda pessoa tem o direito de determinar todos os aspectos de sua vida, garantido a Constituição também o direito de decidir sobre o fim da vida.

Nesse contexto, considerando que o ato de disposição da vida é singular, em virtude da irreversibilidade do resultado, compete ao legislador condicionar a autodeterminação da morte, de modo a garantir que a vontade e a decisão de renunciar à vida seja esclarecida, ponderada, certa e inabalável, sujeitando o titular ao um procedimento formal que o leve a refletir sobre todas as alternativas e a vontade expressada pelo próprio.

Ressalte-se que o compromisso constitucional de salvaguardar a vida e proteger a liberdade pessoal em relação ao fim da vida demanda a imposição de rigorosas condições para

que se considere incontestada a vontade manifestada pelo próprio indivíduo, sendo este um requisito imprescindível, sem o qual, é justificável punir terceiros por auxiliar o suicídio ou praticar o homicídio a pedido.

Nas hipóteses da morte medicamente assistida, notadamente no suicídio assistido e na eutanásia ativa direta, cumpre ao legislador estabelecer os requisitos materiais, formais e procedimentais para atestar a regularidade e persistência da decisão de renunciar à vida. Nesse sentido, conforme verificado na legislação portuguesa aprovada (Lei nº 22/2023), ainda não regulamentada, bem como em parte do direito comparado, onde é permitida a prática da eutanásia e do suicídio assistido, além da manifestação inequívoca da vontade, devem ser observados outros requisitos que legitimam a não punibilidade da morte medicamente assistida, que, em geral, referem-se a pessoas doentes, em situação de sofrimento de grande intensidade, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável.

Ressalte-se que a motivação da antecipação da morte assistida não é o desejo de tirar a vida de alguém, mas sim utilizar a morte como um meio para alcançar um objetivo específico, que é aliviar o sofrimento em que a pessoa se encontra. Acreditamos que, tanto os pacientes que consideram a morte assistida, quanto os médicos que a praticam, têm a intenção primordial de acabar com o sofrimento, especialmente quando o paciente está em uma condição clínica sem perspectivas de melhora. Dessa forma, quando esses pacientes expressam o desejo de morte assistida, estão essencialmente escolhendo entre duas maneiras de morrer: uma morte digna e controlada, em contraste com uma morte inevitável e potencialmente dolorosa decorrente da doença.

Vale salientar que é imprescindível que o sofrimento, como pressuposto legal da morte medicamente assistida não punível, seja de grande intensidade, assim considerado como aquele que é intolerável pela própria pessoa. Nessa hipótese, a dignidade da pessoa humana se insere como princípio basilar e legitimador ao recurso da morte medicamente assistida.

Em vários países, a antecipação da morte medicamente assistida tem sido admitida, seja mediante legislação específica ou por decisões dos tribunais constitucionais, reconhecendo o direito fundamental a uma morte autodeterminada, no exercício do direito à autonomia e à liberdade, tanto para pessoas que se encontrem em situação de morte iminente, quanto para pessoas que sofrem de doença grave e incurável.

Na Europa, os países do Benelux, desde inícios do século XXI, e mais recentemente a Espanha, em 2021, possuem legislação específica que estabelecem um procedimento administrativo, com garantias suficientes, para avaliar e receber, no contexto eutanásico, os requerimentos para convocar o auxílio de terceiros para pôr termo à vida. Recentemente, os Tribunais Constitucionais da Áustria, da Itália e da Alemanha consideraram inconstitucional a

proibição total da morte assistida nos casos de doenças graves e incuráveis que resultam em sofrimento insuportável e prolongado. O Tribunal Constitucional alemão destacou o direito fundamental à morte autodeterminada, enfatizando que a proteção da vida não pode anular a autonomia individual. Posteriormente, a Áustria aprovou legislação no sentido de regular os termos em que não é punível o auxílio ao suicídio por imposição do Tribunal Constitucional. Fora da Europa, o Supremo Tribunal do Canadá e o Tribunal Constitucional da Colômbia também decidiram no mesmo sentido, afastando a exigência de que a doença seja terminal para o acesso à morte medicamente assistida, considerando tal requisito uma restrição desproporcional ao direito fundamental de morrer com dignidade.

Em Portugal, mesmo após anos de debates e discussões, a odisseia legislativa para aprovação/regulamentação da lei sobre a morte medicamente assistida ainda não teve fim. O enredo dessa história começa em 2015, quando foi fundado o movimento Direito a Morrer com Dignidade com o objetivo de defender a despenalização da Morte Assistida e, no mesmo ano, o movimento apresentou um manifesto contendo mais de oito mil assinaturas, submetendo-o ao Parlamento. Em maio de 2018, os primeiros projetos de lei sobre a eutanásia foram votados, mas nenhum conseguiu os votos necessários para ser aprovado. Após as eleições de outubro de 2019, o tema voltou ao Parlamento e, em fevereiro de 2020, projetos do PS, BE, PAN, PEV e IL foram aprovados na generalidade. Em janeiro de 2021, um texto comum foi elaborado e aprovado pela maioria dos deputados (Decreto nº 109/XIV). No entanto, o então Presidente da República de Portugal, Marcelo Rebelo de Sousa, enviou o diploma para o Tribunal Constitucional, que o considerou inconstitucional (Acórdão nº 123/2021). Após várias revisões (Decreto nº 23/XV), vetos presidenciais e julgamento pelo Tribunal Constitucional (Acórdão nº 5/2023), o projeto foi finalmente promulgado (Lei 22/2023, de 25 de maio). A lei ainda precisa ser regulamentada para entrar em vigor, porém com a eleição da maioria de centro-direita e extrema-direita no Parlamento, nas eleições de março de 2024, contrários à despenalização da morte medicamente assistida, o futuro da lei no Parlamento é incerto. Além disso, os deputados do PSD solicitaram uma fiscalização sucessiva ao Tribunal Constitucional e a Provedora de Justiça requereu a declaração de inconstitucionalidade da referida lei para o mesmo tribunal, antes mesmo da regulamentação da lei.

Enfim, a aprovação da Lei 22/2023, de 25 de maio, que regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal, aos moldes do que já ocorre em outros países europeus, como na Holanda, a Bélgica, a Áustria, Itália e a Espanha foi um grande avanço no reconhecimento e defesa dos direitos individuais à autonomia, à liberdade de convicção e de consciência e à autodeterminação da pessoa doente, oportunizando a possibilidade de acesso à morte medicamente assistida.

Finalmente, acreditamos que a despenalização e regulamentação da morte medicamente assistida, tanto na vertente de eutanásia como de suicídio medicamente assistido, é um importante instrumento de reconhecimento da autonomia e da liberdade individual do doente. Garantir o acesso do doente, portador de uma doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não atenuado para níveis suportáveis e aceites por ele próprio é a consagração e a efetivação do seu direito fundamental à autodeterminação, ao livre desenvolvimento da personalidade e à dignidade da pessoa humana. Para além disso, é importante destacar que o pedido deve ser apresentado pelo próprio doente, no exercício pleno de suas funções mentais, consciente e lúcido, por escrito, de forma livre, voluntária e reiterada, após um processo de adequada informação prestada pelo médico e de livre reflexão, não motivado ou influenciado por qualquer pressão ou coação exterior.

Saliente-se que o acesso à morte medicamente assistida é uma opção, uma escolha, sendo a decisão do próprio doente. A legislação que despenaliza a morte medicamente assistida não obriga ninguém a formular um pedido de morte medicamente assistida, nem ninguém deverá ser submetido a ela contra a sua vontade, destinando-se apenas àqueles que o pedirem. Em razão disso, é importante garantir a afirmação de uma vontade, livre e consciente, de antecipação da morte adequadamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, Giorgio – *Mezzi senza fine. Note sulla politica*. Turim: Bollatti Boringuieri, 1996.
- In BARBOSA, Jonnefer Francisco – Vida nua e formas-de-vida: Giorgio Agamben, leitor das fontes greco-romanas. **Revista Hypnos** [Em linha], n. 30, 2013. Disponível em <https://hypnos.org.br/index.php/hypnos/article/view/175>. [Consult 04-04-2023]
- ALEXY, Robert – **Colisão de direito fundamentais e realização de direitos fundamentais no Estado de Direito democrático**. Revista de direito Administrativo, v. 217, 1999.
- AMARAL, Maria Lucia – **Requerimento para fiscalização da constitucionalidade perante o Tribunal Constitucional. Normas da lei que regula a morte medicamente assistida** [Em linha]. A Provedora de Justiça, 2024. Disponível em https://www.provedor-jus.pt/documentos/2024_03_06_pedido%20inconstitucionalidade_Lei%20Morte%20Medicamente%20Assistida.pdf [Consult. em 19-03-2024]
- ANDRADE, Manuel da – Comentário ao artigo 135.º, § 12, Costa In DIAS, Jorge de Figueiredo (Dir.) – **Comentário Conimbricense do Código Penal**, Tomo I, Parte Especial, 2.ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 2012.
- ARANTES, Ana Cláudia Quintana – **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019. ISBN 978-85-431-0720-2
- BARAK, Aharon – **Human Dignity: The Constitutional Value and the Constitutional Right**. 1º ed., United Kingdom: Cambridge University Press, 2015. ISBN 978-1-107-09023-1
- BARBAS, Stela Marcos de Almeida Neves – **Direito do Genoma Humano**. Reimp. Coimbra: Almedina, 2016. p. 290. ISBN 978-97-240-3250-4
- BARBAS, Stela Marcos de Almeida Neves – Morte e Dignidade Humana numa Perspectiva Jurídica. In **Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida**. Coimbra: Gráfica Coimbra, 2009.
- BELTRÃO, Silvio Romero – Autonomia da vontade do paciente e capacidade para consentir: uma reflexão sobre a coação irresistível. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 2, p. 98-116, 2016.

- BONAVIDES, Paulo – **Curso de direito constitucional**. Malheiros Editores, 1999.
- BRAGA, Cláudio França [et al.] – *Vade mecum* sobre o morrer e a morte. **Revista Bioética** [Em linha], v. 29, 2022, p. 727-733. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294506> [Consult. em 06-02-2024]. ISSN 1983-8042
- BRITO, Teresa Quintela de. Algumas reflexões a propósito do acórdão n.º 123/2021 do tribunal constitucional. Constitucionalidade da eutanásia ativa direta? Mundividência, conceções de pessoa humana e de «ato médico» subjacentes aos decretos da Assembleia da República n.os 109. **Católica Law Review** [Em linha], v. 6, n. 3, p. 95-152, 27 out. 2022.. *Católica Law Review*, 6(3), 95-152. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/catolicalawreview.2022.11751> [Consult em 08-04-2024]
- CAMPOS, Patrícia Barbosa; MEDEIROS, Guilherme Luiz – A eutanásia e o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania** [Em linha]. V. 2, n. 1, p. 1-42, 2011. Disponível em https://docs.uninove.br/arte/fac/publicacoes/pdfs/patricia_drt_20111.pdf [Consult. em 06-02-2024]
- CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital – **Constituição da República Portuguesa Anotada**. Vol. I. – 1. ed. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; Coimbra, PT: 4. ed., Coimbra Editora, 2007.ISBN 978-852-03-3044-9
- CARDIN, Valéria Silva Galdino; NERY, Lais Moraes Gil – A Eutanásia Como Forma de Garantia da Autonomia da Vontade. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 8, n. 15, p. 96-107, Editora Unijuí, 2020. ISSN 2317-5389
- CARVALHO, Gisele Mendes de – **Aspectos jurídico-penais da eutanásia**. São Paulo: IBCCRIM, 2001.
- CASAL, Cláudia Neves – **Homicídio Privilegiado por Compaixão**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004. ISBN 972-32-1274-9
- CASTRO, Raquel Brízida. **Um contributo para o estudo da eutanásia no direito constitucional português**. AAFDL, 2020. ISBN (versão digital): 978-972-629-585-3. p. 59
- CENTENARO, Gabriel Henrique Arnhold. **A eutanásia de incapazes**. 2021. Tese de Doutorado, apresentado à Universidade do Minho (polic.^a). Disponível em

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/74181/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Gabriel%20Henrique%20Arnhold%20Centenaro.pdf>. [Consult. em 12-03-2024]

COHEN-ALMAGOR, Raphael – An argument for physician-assisted suicide and against euthanasia. **Ethics, Medicine and Public Health Journal** [Em linha], Volume 1, 2015. Disponível em https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2715093 [Consult. em 04-04-2024]

COSTA, Joana Fernandes – **Acórdão do Tribunal Constitucional de Portugal nº 123/2021, de 15 de março** [Em linha]. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html> [Consult. em 06-02-2024].

DA SILVA, Jorge Pereir – Entre a Proteção da Vida e a Autonomia. **Revista Portuguesa de Direito Constitucional**, AATRIC. n.º 2, 2022. Disponível em <https://rpd.cpt/wp-content/uploads/2022/12/A.1.-Jorge-Pereira-da-Silva.pdf> [Consult. em 06-02-2023]

DA SILVA, José Afonso – A dignidade da pessoa humana com valor supremo da democracia. **Revista de Direito Administrativo** [Em linha], v. 212, p. 89-94, 1998. Disponível em <https://doi.org/10.12660/rda.v212.1998.47169> [Consult. em 04-04-2024].

DE ALBUQUERQUE, Roberto Chacon – A lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido e a Constituição holandesa. **Revista da Faculdade de Direito** [Em linha]. Universidade de São Paulo, v. 103, 2008, p. 357–378. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67810..> [Consult. em 04-04-2024].

DE CARVALHO SPOSITO, Fábio Soares [*et al.*] – A Eutanásia em Face da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista FSA** [Em linha]. V. 17, n. 8, 2020. ISSN 1806-6356. Disponível em <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2119>. [Consult. em 04-04-2024].

DIAS, Jorge de Figueiredo (Dir.) – **Comentário Conimbricense do Código Penal**, Tomo I, Parte Especial, 2.^a ed., Coimbra: Coimbra Editora, 2012.

DIAS, Patrícia Alexandra Matos Cardoso – **Diretivas antecipadas de vontade: intransmissibilidade do exercício de direitos de personalidade e a nomeação de um**

- procurador em cuidados de saúde.** Lisboa: 2016. Dissertação de Mestrado em Direito, apresentada à Universidade Autónoma de Lisboa (polic.^a).
- DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio – Morrer com dignidade: um direito fundamental. *In* CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- DINIZ, Maria Helena – **O Estado Atual do Biodireito.** 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. ISBN 978-854-72-1577-4
- DWORKIN, Ronald – **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais,** tradução Jefferson Luiz Camargo; revisão da tradução Silvana Vieira. 2^a ed., São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009. ISBN 978-85-7827-078-0
- FARIA, Bento de – Código Penal brasileiro comentado. Rio de Janeiro: Record, 1959, v. IV. *In* MARCÃO, Renato Flávio – **Eutanásia e ortotanásia no anteprojeto do código penal brasileiro** [Em linha]. Conamp – Associação dos Membros do Ministério Público, 2005. Disponível em: <http://www.conamp.org.br/index.php>, [Consult. em 06-02-2024]
- GODINHO, Inês Fernandes – **Eutanásia, Homicídio a Pedido da Vítima e os Problemas de Participação em Direito Penal,** 1^a ed., Coimbra Editora, 2015. ISBN 978-972-32-2308-8
- GÖKEN, H., ZWIEBLER, F – Assisted Suicide in Germany: The Landmark Ruling of the German Federal Constitutional Court of February 26, 2020. **German Law Journal** [Em linha], 2022. Disponível em <https://www.cambridge.org/core/journals/german-law-journal/article/assisted-suicide-in-germany-the-landmark-ruling-of-the-german-federal-constitutional-court-of-february-26-2020/0AB22BBA24C55FC240BB34434677BB40> [Consult. em 06-02-2024]
- GOMES, André Cru. [et al.] – Morte com dignidade x Direito a Vida. **Jornal Eletrônico Faculdades Integradas Vianna Júnior.** [Em linha]. V. 11, n. 1, p. 1-17, 2019. Disponível em <https://www.jornaleletronicofivj.com.br/jefvj/article/view/673> [Consult. em 06-02-2024]
- KITTA, A., ECKER, F., ZEILINGER, E.L. [et al.]. **Statements of Austrian hospices and palliative care units after the implementation of the law on assisted suicide** [Em

- linha]. *Wien Klin Wochenschr* (2023). Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00508-023-02157-9> [Consult. em 06-02-2024]
- KUBLER- Ross E – **Sobre a morte e o morrer**. Tradução Paulo Menezes. 9ª ed., São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008. ISBN 978-85-7827-059-9
- LOUREIRO, João Carlos – Os Rostos de Job: Tecnociência, Direito, Sofrimento e Vida. **Boletim da Faculdade de Direito**, n.º 80, Universidade de Coimbra: 2004.
- LUIZ DE MELO, Marcos; ROCHA MIRANDA, Maria Aparecida – **A eutanásia como possibilidade no sistema de proteção aos direitos fundamentais** [Em linha]. Universidad Carlos III de Madrid. Grupo de Investigación sobre el Derecho y la Justicia (GIDYJ), 2017. Disponível em <http://hdl.handle.net/10016/25663>. [Consult. em 06-02-2024]
- MARCÃO, Renato Flávio – **Eutanásia e ortotanásia no anteprojeto do código penal brasileiro** [Em linha]. Conamp – Associação dos Membros do Ministério Público, 2005. Disponível em: <http://www.conamp.org.br/index.php>, [Consult. em 06-02-2024]
- MARTÍNEZ, Fernando Rey – Eutanasia y derechos fundamentales. **Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas** [Em linha]. V. 9, n. 13, p. 13-28, 2009. Disponível em http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/view/211 [Consult. em 06-02-2024]
- MELO, Viviane Rodrigues de (coord.). [et al.] – **Estudos em homenagem à Professora Stela Barbas. Direito e Bioética**. Revisado por Marcelo Silveira. Coimbra: Almedina, 2020. ISBN 978-972-40-8592-0
- MIRANDA, Jorge; MEDEIROS, Rui – **Constituição Portuguesa Anotada**, tomo I, 2.ª ed. Revista., Universidade Católica Editora, Lisboa: 2017. ISBN 978-97-254-0541-3
- MORÃO, Helena – Eutanásia passiva e dever médico de agir ou omitir em face do exercício da autonomia ética do paciente. Resposta jurídico-penal a uma colisão de valores constitucionais. **Revista Portuguesa de Ciência Criminal**, Ano 16, 2006.
- NEVES, A. Castanheira – A Revolução e o Direito, Lisboa, 1976 in MIRANDA, Jorge; MEDEIROS, Rui – **Constituição portuguesa anotada**, tomo I, 2.ª ed. Ver., Coimbra Editora, Coimbra, 2017.

- NOBREGA FILHO, Francisco Seraphico Ferraz da – **Eutanásia e dignidade da pessoa humana: uma abordagem jurídico-penal**. Dissertação de mestrado em Ciências Jurídicas, apresentada à Universidade Federal da Paraíba. Disponível em <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4437> [Consult. em 06-02-2024]
- NOVAIS, Jorge Reis – **A dignidade da pessoa humana**. Vol. 1 - Dignidade e direitos fundamentais; Vol. 2. - Dignidade e inconstitucionalidade. Coimbra: Almedina, 2017. ISBN 978-972-40-6157-3 e 978-972-40-6346-1
- NUNES, Rui; REGO, Guilhermina; DUARTE, Ivone – **Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, v. 2, 2009. ISBN 978-972-603-456-8
- PATTO, Pedro Vaz – A eutanásia em face da Constituição Portuguesa. **Revista Direito e Justiça** [Em linha]. Vol. 16, n. 2, p. 187-220, Universidade Católica Editora, 2002. Disponível em <https://revistas.ucp.pt/index.php/direitoejustica/article/view/11232> [Consult. em 06-02-2024]
- PAULO II, J. O. Â. O. Papa – ***Evangelium Vitae***. Carta encíclica sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana [Em linha], n. 66, de 25 de março de 1995. Disponível em https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html [Consult. em 06-02-2024]
- PEREIRA, Américo José Pinheira – **Ensaio sobre a eutanásia** [Em linha]. Synesis, v. 8, n. 2, p. 19-48, Rio de Janeiro, 2016. ISSN 1984-6754. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33983/1/31978526.pdf> [Consult. em 06-02-2024]
- PIMENTA, Adriana Campos de Souza Freire – A judicialidade dos direitos sociais. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho 3ª Região** [Em linha], Belo Horizonte, v. 48, n. 78, jul./dez. 2008, p. 45-64. Disponível em <https://as1.trt3.jus.br/bd-trt3/handle/11103/27310> [Consult. em 06-02-2024]
- PINTO, José Manuel; CUNHA, Teresa Montalvão da – Eutanásia e Suicídio Assistido. **Coleção Temas n.º: 60** [Em linha]. Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar – DILP, Assembleia da República, 2016. Disponível em <https://ficheiros.parlamento.pt/DILP/Publicacoes/Temas/60.EutanasiaSuicidioAssistido/60.04.2022.pdf> [Consult. em 06-02-2024]

PIVA, Jefferson Pedro – Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Revista Bioética** [Em linha]. Vol. 1, n. 2, 2009. Disponível em https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/491 [Consult. em 06-02-2024]

PLATÃO – **Fédon: diálogo sobre a alma e morte de Sócrates** [Em linha]. São Paulo: Martin Claret - 1ª ed., 2004. Disponível em <https://geha.paginas.ufsc.br/files/2016/03/Plat%C3%A3o-cole%C3%A7%C3%A3o-os-pensadores-1973.pdf>. [Consult. em 12-03-2024]

RACHELS, James – **The end of life: Euthanasia and morality** [Em linha]. Studies in bioethics. Oxford University Press, New York, 1986. ISBN(s) 0-19-286070-4 Disponível em <http://www.jamesrachels.org/EoL.htm>. [Consult. em 12-12-2022]

ROXIN, Claus – Tratamiento jurídico-penal de la eutanásia. **Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología** [Em linha]. Granada, n. 1, 1999. Disponível em: https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/44744/tratamiento_jur%20addico_penal_roxin%20%28traducao%29.pdf. [Consult. em 27-02-2023]

SANTOS, Franklin Santana – **Perspectivas histórico-culturais da morte**. A arte de morrer–Visões plurais. 2ª ed. São Paulo: Editora Comenius, 2009.

SANTOS, Laura Ferreira dos – **A Morte Assistida e Outras Questões de Fim-de-Vida**. Coimbra: Almedina, 2015. ISBN 978-972-40-6106-1

SARAIVA, Rodrigo Alves Pereira Carvalho – **A prática de eutanásia na Holanda: artigo de revisão**. Lisboa, 2016. Dissertação de Mestrado em Medicina, apresentada à Universidade de Lisboa (polic.ª). Disponível em <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29447/1/RodrigoASaraiva.pdf> [Consult. em 06-02-2024].

SÉNECA, Lucius Annaei – **Lettere a Lucilio** [Em linha]. O oitavo livro das epístolas morais de L. Annaei a Lucilius, The Latin Library. Disponível em <https://www.thelatinlibrary.com/sen/seneca.ep8.shtml> [Consult. em 27-02-2023]

SOUSA, Rabindranath Valentino Aleixo Capelo de – **O direito geral de personalidade**. 1ª Edição. Reimp. Coimbra: Coimbra Editora, 2011. ISBN 972-32-0677-3

SZTAJN, Rachel - Autonomia privada e direito de morrer: eutanásia e suicídio assistido, 2002. In CAMPOS, Patrícia Barbosa; MEDEIROS, Guilherme Luiz – A eutanásia e o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania**. São Roque, v. 2, n. 1, 2011. Disponível em https://docs.uninove.br/arte/fac/publicacoes/pdfs/patricia_drt_20111.pdf [Consult. em 06-02-2024]

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. 2º ed. São Paulo: Jurídica Brasileira, 2003.

FONTES NORMATIVAS

AUTRALIAN EUTHANASIA LAWS ACT 1997. Disponível em <https://www.legislation.gov.au/Details/C2004A05118> [Consult. 15-08-2023]

BELGIUM ACT ON EUTHANASIA OF 28 MAY 2002. Disponível em <https://www.admd.be/information/legislation-belge/> [Consult. 15-08-2023]

CARTA dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Jornal Oficial da União Europeia. [Em linha] (2016/C-202/02). Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=FR>

COLORADO END-OF-LIFE OPTIONS ACT. Disponível em: https://leg.colorado.gov/sites/default/files/documents/2016A/bills/2016a_1054_01.pdf [Consult. 15-08-2023]

CONVENÇÃO EUROPEIA DOS DIREITOS DO HOMEM E LIBERDADES FUNDAMENTAIS. Roma: Conselho da Europa, 1950. Disponível em https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_por. [Consult. 09-08-2023]

CONSTITUIÇÃO da República Portuguesa. **Diário da República**, Série I. [Em linha]. N.º 86 (10/04/1976). Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34520775/view?q=constituição+da+república+portuguesa>

CORTE CONSTITUCIONAL - REPÚBLICA DA COLOMBIA - Sentencia C-233/21. Disponível em <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-233-21.htm> [Consult. em 06-02-2024]

CORTE CONSTITUCIONAL - REPÚBLICA DA COLOMBIA - Sentencia C-239/97. Disponível em <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm> [Consult. em 06-02-2024]

CORTE CONSTITUCIONAL - REPÚBLICA DA COLOMBIA - Sentencia C-264/22. Disponível em <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/C-164-22.htm> [Consult. em 06-02-2024]

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Declaração universal dos direitos humanos**, 2015.

DISTRICT OF COLUMBIA DEATH WITH DIGNITY ACT OF 2016, D.C. LAW 21-182. Disponível em: https://dchealth.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/page_content/attachments/Death%20With%20Dignity%20Act.FINAL_.pdf [Consult. em 06-02-2024]

DOS MÉDICOS, Ordem Regulamento n.º 707/2016: **Regulamento de Deontologia Médica**. Diário da República, v. 21, 2016.

END OF LIFE CHOICE ACT 2019 – NEW ZELAND. Disponível em <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/whole.html#LMS225646> [Consult. em 06-02-2024]

END OF LIFE OPTION ACT – CALIFORNIA LAW. Disponível em https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?lawCode=HSC&division=1.&title=&part=1.85.&chapter=&article= [Consult. em 06-02-2024]

GERMAN CRIMINAL CODE in the version published on 13 November 1998 (Federal Law Gazette I, p. 3322), as last amended by Article 2 of the Act of 22 November 2021 (Federal Law Gazette I, p. 4906). Disponível em https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html#p2032 [Consult. em 06-02-2024]

HAWAII PATIENT CHOICE AT END OF LIFE ACT. Disponível em https://www.capitol.hawaii.gov/sessions/session2018/bills/SB357_.htm [Consult. em 06-02-2024]

LEI FUNDAMENTAL DA REPÚBLICA FEDERAL DA ALEMANHA. Versão alemã de 23 de maio de 1949. Edição de junho de 2022. Publicado pelo Deutscher Bundestag

(Parlamento Federal Alemão). Disponível em <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80208000.pdf> [Consult em 06-02-2024]

LEI N.º 25/2012 – Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de um procurador em cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). **Diário da República, I Série**. [Em linha]. N.º 136 (16-07-2012). Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/116052607/view?q=LEI+N%C2%BA%2025%2F2012>

LEI N.º 31/2018 – Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. **Diário da República, I Série** [Em linha]. N.º 137 (18-01-2018). P. 3238-3239. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115712240/details/normal?q=lei+n.%C2%BA%2031%2F2018%2C%20de+18+de+ju> lho [Consult. 08-08-2023]

LEI N.º 28/82, de 15 de novembro. **Diário da República, I Série** [Em linha]. N.º 264, Suplemento. Disponível em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/legislacao0101.html#art51>. [Consult. 08-08-2023]

LEI N.º 52/2012 – Lei de bases dos cuidados paliativos. **Diário da República, I Série**. [Em linha]. N.º 172 (05-09-2012). Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/174841/details/normal?q=cuidados+paliativos> [Consult. 08-08-2023]

LEY ORGÁNICA 10/1995, DE 23 DE NOVIEMBRE, DEL CÓDIGO PENAL. «**BOE**» núm. 281, de 24 de novembro de 1995. Referência: BOE-A-1995-25444. Disponível em <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444> [Consult. em 06-02-2024]

LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. «**BOE**» núm. 72, de 25 de marzo de 2021, páginas 34037 a 34049 (13 págs.) Sección: I. Disposiciones generales Departamento: Jefatura del Estado Referencia: BOE-A-2021-4628 permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3> [Consult. em 06-02-2024]

LOI du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg. [Em linha]. A 46 (16-03-2009). Disponível em <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo> [Consult. em 06-02-2024]

*LOI modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs. Moniteur Belge. **Moniteur Belge**. [Em linha]. Dossier numéro 2014-02-28/03 (22-03-2014). Disponível em LOI - WET (fgov.be) [Consult. em 06-02-2024]*

*LOI relative à l'euthanasie. **Moniteur Belge**. [Em linha]. Dossier numéro 2002-05-28/37 (22-06-2002). Disponível em https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/loi2002_0528mb_frnl.pdf [Consult. em 06-02-2024]*

MEDICAL AID IN DYING FOR THE TERMINALLY ILL ACT. State of New Jersey. Disponível em https://pub.njleg.gov/bills/2018/PL19/59_.HTM [Consult. em 06-02-2024].

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLOMBIA - RESOLUCIÓN 1216 DE 2015 https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1216_2015.htm [Consult. em 06-02-2024]

NORTHERN TERRITORY OF AUSTRALIA RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT 1995. Disponível em https://parliament.nt.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/367953/95amended.pdf [Consult. em 06-02-2024]

OREGON'S DEATH WITH DIGNITY ACT. Oregon legislative assembly, 2023. Disponível em: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx> [Consult. em 06-02-2024]

PARLAMENTO DO CANADÁ. **BILL C-7 (Royal Assent)**, 17 de março de 2021. Disponível em <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent> [Consult. em 06-02-2024]

PARLAMENTO DO CANADÁ. **CANADIAN CRIMINAL CODE (R.S.C., 1985, c. C-46)**. Disponível em <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-46/page-33.html#h-119953> [Consult. em 06-02-2024]

SWISS CRIMINAL CODE. Disponível em https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/en [Consult. em 06-02-2024]

THE FEDERAL CONSTITUCIONAL COURT - BVerfG, Judgment of the Second Senate of 26 February, 2020- 2BvR2347/15, p. 1-343. Disponível em http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715en.html [Consult. em 06-02-2024]

THE PATIENT CHOICE AND CONTROL AT END-OF-LIFE ACT (ACT 39). Disponível em <http://legislature.vermont.gov/statutes/chapter/18/113> [Consult. em 06-02-2024]

THE WASHINGTON DEATH WITH DIGNITY ACT. Disponível em <https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.245> [Consult. em 06-02-2024]

REGULAMENTO N.º 707/2016 – Regulamento de deontologia médica. **Diário da República. Série II.** [Em linha]. N.º 139 (21-07-2016). P. 22575-22588. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75007439/details/normal?q=regulamento+n.%C2%BA%20707%2F2016>

RIBEIRO, Gonçalo de Almeida relat. – **Acórdão do Tribunal Constitucional N.º 123/2021**, de 12 de abril de 2021 [Em linha]. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html> [Consult. em 06-02-2024]

UBRNANO, Maria Benedita relat. - **Acórdão do Tribunal Constitucional N.º 5/2023**, de 30 de janeiro de 2023. [Em linha]. Disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20230005.html> [Consult. em 06-02-2024]

TERMINATION of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. [Em linha]. Netherlands, 2022. Disponível em http://ficheiros.parlamento.pt/DILP/Dossiers_informacao/Eutanasia/Holanda_Ley_2002.pdf [Consult. em 06-02-2024]

TRIBUNAL Europeu dos Direitos Humanos – Lambert and Others versus France. Application N.º 46043/14. 05-06-2015. [Em linha]. Disponível em [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-155352"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{) [Consult. em 06-02-2024]

TRIBUNAL Europeu dos Direitos Humanos – Pretty versus United Kingdom. Application N.º 2346/02. 29-04-2002. [Em linha]. Disponível em [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-60448"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{) [Consult. em 06-02-2024]