



Rafael Ambrósio Pereira Gonçalves

Eutanásia Activa Directa e Auxílio ao Suicídio

Uma viagem às descriminalizações europeias e ao caso Português

Dissertação de Mestrado, na Área de Especialização em Ciências Jurídico-Criminais
apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Orientadora: Professora Doutora Anabela Maria Pinto de Miranda Rodrigues

Coimbra, 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE DIREITO

EUTANÁSIA ACTIVA DIRECTA E AUXÍLIO AO SUICÍDIO

Uma viagem às descriminalizações europeias e ao caso Português



Rafael Ambrósio Pereira Gonçalves

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra no âmbito do 2.º Ciclo de Estudos em Direito (conducente ao grau de Mestre), na área de especialização em Ciências Jurídico-Criminais

Orientadora: Professora Doutora Anabela Maria Pinto de Miranda Rodrigues

Coimbra, 2014

"Ivan Iliitch via que a morte se aproximava e estava num desespero permanente. No fundo da sua alma, sabia que estava a morrer, mas não só não se habituava à ideia como, pura e simplesmente, não compreendia, não conseguia compreender. "Caio é homem, todos os homens são mortais, logo Caio é Mortal." Este exemplo de silogismo que aprendera no livro de Kiezewetter toda a vida lhe pareceu correcto apenas para Caio, nunca para ele próprio. O outro era o homem Caio, o homem em geral, e nesse sentido a afirmação era absolutamente certa; mas ele, Ivan Iliitch, não era Caio nem o homem em geral, foi sempre uma criatura muito distinta de todas as outras."

LEV TOLSTÓI, "A morte de Ivan Iliitch", Lisboa: Relógio d'Água, 2007, p. 57

ÍNDICE

Págs

Siglas e Abreviaturas	5
Considerações Introdutórias	6
<i>1.1.) Eutanásia</i>	<i>6</i>
<i>1.2.) Auxílio ao Suicídio</i>	<i>9</i>
Capítulo 1 - A Holanda	12
<i>1.1.) A Sociedade: Leef strict maar laat leven (vive de forma rigorosa mas deixa viver)</i>	<i>12</i>
<i>1.2.) Os critérios de Roterdão</i>	<i>15</i>
<i>1.3.) Da proposta Kohnstamm à Lei sobre o controlo da interrupção da vida a pedido e da ajuda ao suicídio</i>	<i>21</i>
<i>1.4.) A Posição de JOHN GRIFFITHS</i>	<i>30</i>
<i>1.5.) Directivas Antecipadas de Vontade</i>	<i>31</i>
<i>1.6.) Casos Fronteira</i>	<i>32</i>
<i>1.6.1.) Eutanásia Precoce</i>	<i>33</i>
<i>1.6.2.) Eutanásia em pacientes com demência e outras doenças psiquiátricas</i>	<i>36</i>
<i>1.7.) Novas Perspectivas</i>	<i>38</i>
Capítulo 2 - A Bélgica	40
<i>1.1.) Do Parecer do Comité de Bioética ao Projecto de Lei</i>	<i>40</i>
<i>1.2.) A Lei relativa à eutanásia de 28 de Maio de 2002</i>	<i>44</i>
<i>1.3.) As Reformas de 2005 e 2014</i>	<i>52</i>
<i>1.4.) Directivas Antecipadas de Vontade</i>	<i>53</i>
<i>1.5.) Casos Fronteira</i>	<i>55</i>
<i>1.6.) Críticas e Recomendações</i>	<i>56</i>

Capítulo 3 - O Luxemburgo	59
1.1.) <i>Da Lei de 28 de Agosto de 1998 ao “braço de ferro” com o Conseil d’État.....</i>	59
1.2.) <i>A Lei de 16 de Março de 2009 sobre a Eutanásia e o Auxílio ao Suicídio</i>	61
1.3.) <i>Directivas Antecipadas de Vontade</i>	63
1.4.) <i>Estatísticas e Recomendações</i>	65
Capítulo 4 - A Suíça	66
1.1.) <i>O art.115.º do Code Pénal de 1937</i>	66
1.2.) <i>A soft law da Académie Suisse des Sciences Médicales</i>	72
1.3.) <i>As organizações right-to-die.....</i>	74
1.4.) <i>Directivas Antecipadas de Vontade</i>	78
Capítulo 5 - Eutanásia, Auxílio ao Suicídio e Convenção Europeia dos Direitos do Homem	80
1.1.) <i>As Recomendações do Conselho da Europa.....</i>	80
1.2.) <i>O TEDH e a Eutanásia</i>	81
1.3.) <i>O TEDH e o Auxílio ao Suicídio.....</i>	83
Capítulo 6 - O Direito Português	95
1.1.) <i>Incitamento ou Ajuda ao Suicídio.....</i>	95
1.2.) <i>Eutanásia Activa Directa.....</i>	102
1.3.) <i>Directivas Antecipadas de Vontade</i>	114
Conclusão	118
Bibliografia	123
Anexos	152

SIGLAS E ABREVIATURAS

APB - Associação Portuguesa de Bioética

ASSM - *Académie Suisse des Sciences Médicales* / Academia Suíça das Ciências Médicas

C. - Considerando

CEDH - Convenção Europeia dos Direitos do Homem

CNECV - Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida

CP - Código Penal Português

CRP - Constituição da República Portuguesa

DAV - Directiva Antecipada de Vontade

GP - *General Practitioners* / Médicos de família holandeses

LEIF - *Life End Information Forum* (Bélgica)

NEK – CNE - *Commission nationale d' éthique pour la médecine humaine* / Comissão nacional de ética para a medicina humana (da Suíça)

NVVE - *Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Levensende* / *Dutch Association for a Voluntary End to Life*

KNMG - *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* / Real Associação Médica Holandesa

SCEN - *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland* / *Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands*

StGB - *Strafgesetzbuch* / Código Penal Alemão

TEDH - Tribunal Europeu dos Direitos do Homem

TJUE - Tribunal de Justiça da União Europeia

WvS - *Wetboek van Strafrecht* / Código Penal Holandês

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

1.1) *Eutanásia*

Advinda do grego a palavra eutanásia significa boa (*eu*) morte (*θάνατος*), e embora outras terminologias sejam propostas: ajuda à morte, morte assistida, assistência à morte, acompanhamento da morte, deverá entender-se por eutanásia o “auxílio prestado, de acordo com a sua vontade, real ou presumida, a uma pessoa severa e irrecuperavelmente enferma, frequentemente em insuportável sofrimento, no sentido de lhe tornar possível uma morte em condições que o enfermo reputa, ou há razões para presumir que reputa, humanamente dignas”¹.

Compreender-se-á portanto que o termo secular² (atribuído a Francis Bacon) que aqui mobilizamos não se possa confundir com experiências colectivísticas (reportadas mormente ao Estado Nacional-Socialista alemão) que representam de *per se* “um retrocesso moral de tal intensidade que nos faz aproximar da mais pura e desenfreada barbárie, nos faz descer ao grau zero da valoração da dignidade da humana e confrontar-nos com uma das faces daquilo a que se já chamou o mal absoluto”³ e que são “pura e simplesmente” o “cometimento de um crime – alegadamente embora, no interesse da comunidade – de homicídio doloso de doentes mentais, pressupostamente incuráveis, mas capazes de viver e, provavelmente também, desejosos de continuarem vivos”⁴.

¹ JORGE DE FIGUEIREDO DIAS, “A «ajuda à morte»: uma consideração jurídico-penal”, p. 203. De notar que o insigne Mestre prefere o termo ajuda à morte (*Sterbehilfe*), evitando-se assim conotações com “experiências históricas horrorosas” e porque “imputa à actuação do agente uma precisa finalidade: a de contribuir para a morte de um enfermo, segundo a sua vontade real ou presumida em «paz e com dignidade»”. Já JOSÉ DE FARIA COSTA, “O Fim da Vida e o Direito Penal”, p. 794, prefere falar em ajuda a “deixar de viver” enquanto acto médico. Consideramos porém, tal como INÊS FERNANDES GODINHO, “Eutanásia, Homicídio a Pedido da Vítima e os Problemas de Participação em Direito Penal”, pp. 280-284, que “no patamar jurídico-penal, a utilização da designação “ajuda a” permite uma aproximação ao contexto do tipo contido no art.135.º CP criando-se, (...) confusões desnecessárias” e “menor precisão delimitadora na discussão do problema”. Já defendendo que apenas se deveria falar em eutanásia “em casos em que o sujeito já não seja capaz de tomar a sua decisão e de suicídio assistido nos casos de homicídio consentido ou a pedido” vide LUISA NETO, “O Direito Fundamental à disposição sobre o próprio corpo”, p. 781.

² Sobre a eutanásia ao longo dos tempos vide MARIA FILOMENA MÓNICA, “A Morte”, p. 34 e ss. e ENRIQUE DIAZ ARANDA, “Dogmatica del Suicidio y Homicidio Consentido”, p. 13 e ss.

³ FARIA COSTA, “O Fim...” , p. 782. Segundo FERRANDO MANTOVANI, “El problema jurídico de la eutanasia”, pp. 83-84 a eutanásia colectivista compreende a eutanásia eugénica, económica, penal, experimental, profiláctica e solidária.

⁴ FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 204 e FIGUEIREDO DIAS, “O Problema da Ortotanásia: Introdução à sua Consideração Jurídica”, p. 45. Acrescentando o autor que também não poderão ser considerados actos

Importa portanto recortar os contornos desta eutanásia “autêntica”. A primeira distinção (de natureza temporal) é entre eutanásia em sentido estrito e eutanásia em sentido amplo, na primeira o processo - morte já foi iniciado e “está irremediavelmente próxima”, na segunda resta ao enfermo algum ou mesmo muito tempo de vida, mas este manifesta a vontade (expressa ou presumida) “de pôr fim a uma vida que, por força da doença e do sofrimento, lhe aparece como insuportável”⁵.

A segunda distinção, tendencialmente unânime, é entre eutanásia passiva, eutanásia activa indirecta e eutanásia activa directa. Compreendem actos de eutanásia passiva “os casos em que uma omissão ou uma interrupção do tratamento determina um encurtamento do tempo de vida por forma tal que este deve considerar-se objectivamente imputável àquela”, estão aqui a renúncia a medidas de prolongamento ou sustentação da vida, v.g. a não reanimação, a recusa a uma intervenção cirúrgica⁶.

Estaremos ante uma situação de eutanásia activa indirecta ou de ortotanásia quando “a utilização de meios destinados a poupar o moribundo a dores e a sofrimentos - conduzam ou não o paciente a um estado de inconsciência” tenham como “consequência lateral” (não intencionada ou mesmo indesejada mas tolerada, no âmbito do dolo eventual) a redução “eventual e não muito sensível” do tempo de vida do enfermo (v.g. administração de morfina e outros cuidados paliativos)⁷. A finalidade de “atenuação do

de eutanásia “aquelas actuações que, destinando-se simplesmente a aliviar ou minorar os sofrimentos do doente incurável ou a manter quanto possível a sua vida (...), não sejam *determinantes de qualquer encurtamento do período natural da vida do enfermo*”. Afastando tais situações da “eutanásia pura” vide CLAUS ROXIN, “A Apreciação Jurídico-Penal da Eutanásia”, pp. 12-13.

⁵ FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 203; ROXIN, Op. Cit., pp. 10-11.

⁶ FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 205. Afasta-se assim a compreensão de que teríamos de estar ante uma omissão mas já não uma interrupção de tratamento pois “se compararmos o acto de desligar a máquina com o de injectar uma substância letal no doente, inclinar-nos-emos para considerar aquele comportamento como omissivo”, CONCEIÇÃO CUNHA *apud* FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, p. 260 e ss e ROXIN, Op. Cit., pp.20-21. Importante é ainda a questão de saber se teremos de estar ante “o início do processo morte”, para FERNANDES GODINHO, diferentemente da “maioria da dogmática jurídico-penal portuguesa”, o doente não terá de ser necessariamente um moribundo pois tal exigência significa um “encurtamento do direito da autodeterminação”, dado que na recta final de uma doença mortal “entramos já no âmbito do dever de curar do médico: quando já estiver em causa uma medida sem indicação terapêutica” (invasiva, desumana, desproporcional, eventualmente uma distanásia). Veja-se ainda INÊS FERNANDES GODINHO, “Autodeterminação e morte assistida na relação médico-paciente”, pp. 112-114.

⁷ É o chamado princípio do duplo-efeito reconhecido pela jurisprudência inglesa desde o caso Adams de 1957: “um médico deve fazer tudo o que for necessário para aliviar o sofrimento de um paciente, mesmo se as medidas adoptadas possam acessoriamente implicar um abreviamento da vida”. VALÉRIE SOMMACCO, “Euthanasie : peut-on reconnaître un «droit à la mort» ?”, p. 177-179.

sofrimento através de terapia ou tratamento, e não o fim do sofrimento através da morte do paciente” é, como tal, primordial⁸.

Já um caso de eutanásia activa directa será aquele “em que, por meio de um comportamento activo se produz a morte ou se apressa, em maior ou menor medida, a ocorrência da morte” (v.g. injeção letal), importando precisar que “ela pressupõe e exige sempre o consentimento do paciente” assim, “a eutanásia activa directa significa o acto de provocar a morte a alguém gravemente doente que para tanto deu o consentimento por forma a evitar mais dores e sofrimento”⁹.

Estas “três formas” de eutanásia podem ainda ser perspectivadas do ponto de vista do paciente: voluntária, havendo consentimento, “o desejo de um adulto competente de morrer mediante um acto praticado por um terceiro mediante o seu pedido lúcido e repetido, sob certas condições previamente estabelecidas, e através de meios indolores”; não voluntária, quando o enfermo é incapaz ou perdeu a capacidade de solicitar aos médicos que ponham fim à sua vida; involuntária quando imposta por terceiro ou pelo Estado contra a vontade do paciente, v.g., por razões egoístas, políticas (e que na medida em que uma vontade expressa ou presumida é *conditio sine qua non* será sempre inadmissível)¹⁰.

Sintetiza NUNO FERREIRA que são quatro os valores que se invocam para defender a eutanásia voluntária: *a)* princípio da beneficência, na medida em que se preveniriam crueldades, deixando de impor “que uma pessoa continue a viver contra a sua vontade, enquanto o seu estado físico e mental progressivamente se degrada”; *b)* princípio da autonomia e respeito pela autodeterminação, *c)* dignidade da pessoa humana e *d)* princípio da tolerância, do reconhecimento de pluralidade de ideias. Ao invés, os

⁸ FERNANDES GODINHO, “Autodeterminação...”, pp. 115-116. Não aceitando tratar-se de um caso de eutanásia veja-se FARIA COSTA, “O Fim...”, p. 782, pois ela “mais não é do que a aceitação de um comportamento, por quase todos normalmente tido como lícito”. No mesmo sentido MÁRIO FERREIRA MONTE, “Da relevância penal de aspectos onto-axiológicos-normativos na eutanásia - Análise problemática”, p. 336 e SOUSA E BRITO *apud* TERESA QUINTELA DE BRITO, “Crimes contra a vida: Questões preliminares”, p. 44.

⁹ FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 205; FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, pp. 266-267. FERNANDES GODINHO, “Autodeterminação...”, pp.114-115, diz-nos assim que não pode “subsumir-se ao conceito de eutanásia directa aquele caso em que o paciente não deu qualquer consentimento válido” e que será punível enquanto homicídio simples ou privilegiado.

¹⁰ NUNO FERREIRA, “A Eutanásia entre o debate jurídico e a evolução da opinião pública”, pp.138-140, distingue ainda entre eutanásia através de meios médicos ordinários e extraordinários, “os primeiros seriam os de uso corrente e efeitos proporcionais, enquanto os segundos seriam usados em situações excepcionais e exigiram acções desproporcionais”. Para outras classificações vide ANTÓNIO LOPES DE BRITO, JOSÉ LOPES RIJO, “Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal”, p. 27 e ss.

argumentos mais recorrentes são: *a)* “falta de valor ético do consentimento”, o direito à autodeterminação não poderia prevalecer ante o direito matricial à vida; *b)* “dificuldades na determinação do consentimento voluntário” *maxime* nos casos de pacientes inconscientes sem uma DAV, vulgo testamento vital ¹¹, podendo ainda questionar-se se um doente com uma doença grave e em profundo sofrimento possa formular sequer um pedido verdadeiramente voluntário e racional, *c)* “risco de diagnóstico médico errado” e “possibilidade de novas descobertas médicas”; *d)* o uso dos mais modernos tratamentos de combate à dor (cuidados paliativos ¹²) tornariam desnecessário o recurso à eutanásia e *e)* o argumento do *slippery slope*, da vertente escorregadia ou rebentamento do dique, “a adopção de uma legislação mais permissiva no âmbito da eutanásia pode conduzir à práticas imprevistas e de gravidade indesejável” (chegar-se ia à eutanásia involuntária e em última instância à colectívistica) ¹³.

1.2.) Auxílio ao Suicídio

Diferente da eutanásia e por vezes erroneamente reconduzido e equiparado a ela, dado o resultado ser o mesmo (a morte do doente), é o auxílio, ajuda ou assistência ao suicídio. Distinção que pode ser perspectivada através do *point of no return*: “é a vítima que leva a cabo a acção que inexoravelmente conduzirá à morte”, diferentemente da eutanásia “onde a acção última é levada a cabo não pelo próprio, mas por terceiro”, e sendo tal assistência dada por um médico deverá falar-se em auxílio médico ao suicídio. Ensina REMMELINK que “la relación entre eutanasia y asistencia al suicidio se derivaría de que

¹¹ E que “consiste, em regra, num documento escrito por uma pessoa maior e capaz, perante uma autoridade pública ou perante testemunhas, e que contém declarações antecipadas de vontade a respeito dos tratamentos que deseja ou não receber, tendo em vista eventuais situações de incapacidade de tomar decisões por e sobre si próprio”. ANDRÉ DIAS PEREIRA, “Directivas antecipadas de vontade em Portugal”, p. 288.

¹² Que a Lei de Base dos Cuidados Paliativos, Lei n.º52/2012 de 5 de Outubro, define na sua Base II, al. *a)*, noção de resto reconduzível à da Organização Mundial de Saúde. Cf. FERRAZ GONÇALVES, “Cuidados Paliativos”, p. 101 e ss.

¹³ NUNO FERREIRA, Op. Cit., pp. 139-141. Sobre o recorrente argumento da “escada deslizante até à barbárie”, vide MARIA FILOMENA MÓNICA, Op. Cit., p. 65, FERREIRA MONTE, Op. Cit., p. 314, PEDRO VAZ PATTO, “No Cruzamento do Direito e da Ética”, pp. 193-195 e LAURA FERREIRA DOS SANTOS, “*Ajudas-me a morrer? – A morte assistida na cultura ocidental do século XXI*”, p. 333 e ss. Sublinhando a inadequação da eutanásia com a função curativa do médico e a importância da manutenção do princípio fundamental e estruturante de que nenhum homem pode dispor da vida de outro, Cf. ETIENNE MONTERO, “La dimensión sociopolítica de la eutanasia”, p. 2 ss.

en la primera el médico es el instrumento del suicidio mientras que en el segundo, como mucho, es el cómplice”¹⁴.

O facto de o suicídio ter sido descriminalizado na maior parte dos países¹⁵ justificaria de *iure constituendo* para alguns autores a descriminalização da ajuda ao suicídio, uma dessas vozes é GÜNTHER JAKOBS para quem a ajuda ao suicídio deixou de ser crime na Alemanha porque quem “auxilia, fomenta, provoca o de outro modo similar participa en un suicidio, ayuda a un acontecimiento en el que, por falta de violencia de una persona contra otra, no se lesiona ninguna relación social, por lo que no hay en ello tampoco un acto injusto”¹⁶e, independentemente, dos fundamentos da vontade do suicida. Mais arrojada porém é a proposta de extensão deste raciocínio ao homicídio a pedido, na medida em que este seria “um suicídio consumado em divisão de tarefas” em que o solicitante, e não o executor, é quem determinaria o fim”^{17 18}.

É forçoso então concluir que nesta compreensão a questão de estarmos ante um acto que consubstancie um auxílio ao suicídio ou uma eutanásia é uma “questão marginal do ponto de vista da exclusão da tipicidade com base na razoabilidade do pedido daquele que não quer viver mais” (uma espécie de “justificação procedimental”) e não de apreciação de uma causa de justificação.

Munidos que estamos desta bagagem conceitual elementar, mas nem por isso menos indiscutível, principiemos a nossa viagem aos ordenamentos europeus que

¹⁴ REMMELINK. *apud* SUSANA SANZ CABBALERO, “El comienzo y el fin de la vida humana ante el TEDH: el aborto e y la eutanasia a debate”, p.169; FERNANDES GODINHO, “Autodeterminação...”, pp. 116-117 e VERA LÚCIA RAPOSO, “O Direito à Vida na Jurisprudência de Estrasburgo”, p. 83. Considera assim PAULO PULIDO ADRAÇÃO, “A eutanásia: argumento de um debate”, p. 669 que “a apologia do suicídio assistido apresenta vantagens, do ponto de vista da sensibilidade dominante (...) a questão desloca-se para um plano eticamente menos comprometedor que o da eutanásia, aparentemente parecido à renúncia a tratamentos inúteis”.

¹⁵ Veja-se CESARE BECCARIA, “Dos Delitos e das Penas”, p. 135 e ss. Para a evolução das posições doutrinárias relativas à criminalização do suicídio e do auxílio ao suicídio: RICARDO LEVENE, “L’ homicide - suicide”, p. 6 e ss.

¹⁶ GÜNTHER JAKOBS, “Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal”, p. 37. Se esta é a solução consagrada no ordenamento alemão, em Portugal ou em Espanha, como alerta SANZ CABBALERO, *Op. Cit.*, pp. 169-170, “que el suicidio no esté castigado penalmente no significa que no se pueda perseguir penalmente al tercero que, aunque actúe de buena fe, ayude a ejecutar la voluntad del suicida”.

¹⁷ Sempre se poderá argumentar que este raciocínio acaba por equiparar duas situações não equiparáveis. Uma coisa será deixar a natureza seguir o seu curso (eutanásia passiva e activa indirecta) e outra participar activamente na lesão da vida de um terceiro, defende no entanto JAKOBS que compreendendo o homicídio a pedido enquanto suicídio em divisão de tarefas e colocando-se a tónica na maturidade do pedido e na sua razoabilidade objectiva, aquela *divisio*, num mundo onde a fronteira entre o artificial e o natural é cada vez mais ténue, perde a sua relevância jurídica. JAKOBS, *Op. Cit.*, pp. 62-63.

¹⁸ Criticando a construção de JAKOBS vide FRANCISCO MUÑOZ CONDE, “Prólogo”, p. 18-21; FERREIRA MONTE, *Op. Cit.*, pp. 230-329 e FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, p. 288.

descriminalizaram a eutanásia activa directa e/ou o auxílio ao suicídio, com uma (inevitável) paragem para analisar os casos já decididos pelo TEDH e com a solução dada pelo CP e a doutrina portuguesa como meta.

CAPÍTULO I

A HOLANDA

1.1.) A Sociedade: Leef strict maar laat leven (vive de forma rigorosa mas deixa viver)

A Holanda é conhecida por ter sido o primeiro país europeu ¹⁹ a descriminalizar, sob certas condições, a eutanásia em 10 de Abril de 2001 com a Lei sobre o controlo e a interrupção da vida a pedido e o auxílio ao suicídio (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*), mas todo o *iter* que desembocou na descriminalização remonta à década de 60.

Os Países Baixos reuniam de facto uma série de condições que permitiu discutir, legislar e descriminalizar as chamadas questões fracturantes ²⁰, se na década de 70-80 abriu-se caminho ao aborto ²¹, é também nesta década que são criados os primeiros movimentos de discussão sobre a eutanásia, sendo forçoso referir o papel da NVVE. Criada em 1973, após o célebre caso Postma, a ela coube o papel de promover o debate e a aceitação social da eutanásia ²².

¹⁹ No plano internacional, o “pioneirismo” na descriminalização da eutanásia activa directa e do auxílio ao suicídio sob dados requisitos coube aos Territórios do Norte da Austrália com o *Rights of the Terminally ill Act*, adoptado em Maio de 1995 na Assembleia Legislativa, Cf. Anexo 1.1. O Parlamento Federal revogaria a lei a 24 de Março de 1997 com a *Euthanasia Laws Act*, tendo durante a sua vigência ocorrido quatro ajudas à morte. Actualmente, quer a eutanásia activa directa quer o auxílio ao suicídio são crimes puníveis nos termos do *Criminal Code Act* de 1983 dos Territórios do Norte, pese embora o Ministério Público à luz do princípio da oportunidade raramente deduzir acusação e os tribunais mostrarem-se pouco propensos para condenações. Por outro lado, quer a ortotanásia (à luz do princípio do duplo efeito) quer a eutanásia passiva são comumente aceites. Cf. SIMON CHESTERMAN, “Last Rights: Euthanasia, the Sanctity of Life, and the Northern Territory of Australia”, p. 384 e ss.; RUI JANUÁRIO, ANDRÉ FIGUEIRA, “O Crime de Homicídio a Pedido - Eutanásia, Direito a morrer ou dever de viver”, pp. 293-294; MARLISA TIEDEMANN, JULIA NICOL, DOMINIQUE VALIQUET, “L’Euthanasie et l’aide au suicide: Expériences internationales”, pp. 9-10 e o “Dossier Euthanasie” do Senado Francês, 1999, pp. 9-10.

²⁰ JUAN JESÚS MORA MOLINA, “Despenalización de la eutanasia en los Países Bajos. El Proyecto de Ley Korthals/Borst”, pp. 537-539. Acrescenta FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., pp. 31-32, que essa “secularização, individualização e democratização” remonta mesmo à década de 60 com a publicação da obra do médico Van der Berg, “Poder Médico e Ética Médica”.

²¹ Despenalizado em 1982. A descriminalização de facto, através de jurisprudência, remonta todavia aos anos 70. Cf. JOHN GRIFFITHS, HELEEN WEYERS, MAURICE ADAMS, “Euthanasia and Law in Europe”, p. 253.

²² MORA MOLINA, Op. Cit., p. 358. Acrescenta-se que a NVVE, com mais de 145 000 membros, tem uma função de acompanhamento e de informação não se confundindo com associações que actuam nas margens da legalidade ajudando doentes a quem a eutanásia foi recusada, v.g. a *Stichting De Einder* e a *Stichting Vrijwillig Leven*. FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 35,

É ainda digno de nota o papel da KNMG (que tem como congénere entre nós a Ordem dos Médicos). Se em 1959 afirmava que não cabia ao médico julgar o valor da vida e, portanto, não poderia interromper ou suspender os meios necessários à sua manutenção, a sua posição evoluiria para a neutralidade, e em 1984 num parecer para a II Comissão Estatal sobre a Eutanásia, a Direcção do KNMG mostrar-se-ia concordante com as condições e requisitos inerentes à prática da ajuda à morte ²³.

É neste pano de fundo que é criada em 1970 a primeira Comissão Estatal sobre a Eutanásia (*Commissie - Mutendam*) que na sua recomendação de 1977 aconselharia uma regulação legislativa. Em 1980, na sequência da Recomendação n.º 799 do Conselho da Europa, criar-se-ia um comité com o fito de estabelecer um número de premissas básicas para a designação de uma nova Comissão Estatal que seria criada em 1982. A II Comissão Estatal para o estudo da Eutanásia (*Staatscommissie Euthanasie*) publicaria em Agosto de 1985 as suas recomendações.

A Comissão definiria eutanásia como “un acto deliberado encaminado a terminar la vida de una persona por medio de otra persona a petición de la primera”, como denota MORA MOLINA: a) estão em causa actos para pôr *terminus* à vida, afastando-se assim a chamada eutanásia aparente ²⁴; b) por oposição ao suicídio, são actos perpetrados por alguém que não a que pede ajuda para morrer; c) o consentimento é vital, caso contrário estaríamos ante uma eutanásia não voluntária ou involuntária punível enquanto homicídio. Gizava-se assim a noção da chamada *Eutanásia Holandesa* (que usaremos de ora em diante) e que engloba quer a eutanásia (activa directa) quer o auxílio ao suicídio ²⁵.

Definindo a eutanásia pela negativa, a Comissão sugeria o aditamento ao art.293.º *WvS* de uma enumeração taxativa de actos que não seriam considerados eutanásia e concluiria que a observância rigorosa da *lex artis* médica seria vital, apontando uma série

²³ Essa concordância fez-se sentir ainda através de uma espécie de *amicus curiae brief* junto do Supremo Tribunal Holandês no caso Schoonheim, H. J. J. LEENEN, “The Development of Euthanasia in the Netherlands”, p. 128 e FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., pp. 36-40.

²⁴ Termo criado por LEENEN para condutas que consubstanciam uma eutanásia passiva ou ortotanásia. ANTON M. VAN KALMTHOUT, “La eutanasia, ayuda al suicidio y terminación activa de la vida sin solicitud expresa en los Países Bajos”, p. 288 e ss.

²⁵ MORA MOLINA, Op. Cit., p. 541 e ss. Como sublinha CARMEN TOMÁS Y VALIENTE, “La regulación de la eutanasia en Holanda”, p. 295 e ss., “la doctrina y la jurisprudencia holandesas no se detienen en analizar detalladamente las diferencias entre una y otra figura, y los criterios de justificación – derivados de la situación eutanásica – que se construyen en torno al homicidio consentido se aplican de manera idéntica para justificar la participación en el suicidio”. Como sublinha BERT GORDIJN e RIEN JANSSENS, “New Developments in Dutch Legislation Concerning Euthanasia and Physician-Assisted Suicide”, p. 301, esta noção de eutanásia holandesa é diferente do conceito tradicional e internacionalmente aceite.

de quesitos a cumprir: *a*) informação adequada, de modo a que a decisão seja ponderada e informada e sem qualquer pressão externa; *b*) consulta e análise do caso por um segundo médico constante de uma lista pública; *c*) alteração da Lei relativa às exéquias fúnebres (*Wet op de ljkbezorging*) de modo a obrigar o médico a comunicar a eutanásia às entidades oficiais ²⁶.

Deve ainda acrescentar-se que as conclusões, frisando a essencialidade do pedido, não fecham porém a porta à eutanásia em casos de doentes com perda de consciência irreversível ou demasiado incapacitados para expressar a sua vontade, desde que o médico haja de acordo com a deontologia médica e possa considerar-se que a manutenção do tratamento consubstancia um acto inútil, porém, nesses casos, a consulta com um segundo médico é imprescindível. E embora a capacidade para tomar decisões seja erigida a *conditio sine qua non* a Comissão não deixou ainda de considerar que o pedido de eutanásia de um menor de idade poderia ser valorado.

As conclusões da Comissão não foram todavia unânimes, contra-argumentando-se que a eutanásia seria uma violação do direito a vida e da dignidade humana conforme plasmado na CEDH ²⁷ e levaria ao *slippery slope*. Por outro lado, não se chegou a consenso quanto aos requisitos (a maioria exigia que o doente estivesse numa “situación intratable de estado de necesidad” e a minoria que a morte fosse inevitável e eminente). Por estas razões, acrescidas do medo das conclusões serem politizadas e porque sempre seria necessário a criação de um repositório jurisprudencial mais aturado, a Comissão não propôs a descriminalização.

Ao mesmo tempo sucediam-se diversos estudos estatísticos. VAN DER WAL e outros levariam a cabo, em 1985, a primeira análise junto dos GP, calculando-se entre 4500 - 6000 o número de pedidos de eutanásia entre 1986 e 1989, merecendo 2000 (40%) resposta positiva ²⁸.

Com a vitória em 1989 da Coligação Democrata-Cristã (que prometera a descriminalização) é criada uma Comissão de Inquérito para estudar as “decisões dos médicos holandeses relativas ao final de vida dos seus pacientes”: a *Commissie Remmelink*

²⁶ MORA MOLINA, Op. Cit., p. 543 e VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 276.

²⁷ MORA MOLINA, Op. Cit., pp. 543-545. LEENEN, Op. Cit., p. 130 a este propósito lembrava que a CEDH visa a protecção de tais direitos ante violações estatais e que há uma obrigação positiva de impedir violações de terceiros mas já não a imposição daqueles direitos ao próprio titular restringindo a sua liberdade (*in casu* num dever de viver desumano que violaria o art.3.º da CEDH).

²⁸ MORA MOLINA, Op. Cit., p. 548 e ss. e VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 291 e ss.

²⁹. Em Setembro de 2001 seriam reveladas as conclusões: 17,5% de mortes por ortotanásia, 17,5% por eutanásia passiva e 18% por eutanásia *stricto sensu* e auxílio ao suicídio (38% de todas as mortes num universo de 128,876 mortes) ³⁰.

1.2.) Os critérios de Roterdão

Coube aos tribunais abrir caminho, e em mais de 30 casos de relevo (entre os anos 70 e 80), contribuir para uma descriminalização *de facto*. O Código Penal Holandês incrimina quer a eutanásia, através do crime de homicídio a pedido (art.293.º *WvS*), quer o auxílio ao suicídio (art.294.º *WvS*), distinguindo-os do assassinato (*Moord* - art.289.º *WvS*) e do homicídio (*Doodslag* - art.287.º *WvS*), estando assente na doutrina e na jurisprudência que os artigos 293.º e 294.º encontram-se quase exclusivamente previstos para actos praticados por pessoal médico. E se formalmente um médico que praticasse uma eutanásia poderia ser perseguido criminalmente, os tribunais, há muito condenavam mas lançavam mão da dispensa de pena com base no art.40.º *WvS* - *Force Majeure* ³¹.

Com o objectivo de recorrer ao art.40.º *WvS*, os argumentos dos médicos desembocavam na invocação da figura do estado de necessidade (*Overmacht*) e no conflito de deveres (*Noodtoestand*). Este estado de necessidade pressupõe que, colocado naquele contexto, o homem médio manifestaria um comportamento semelhante, sendo necessário demonstrar que nenhum médico aceitaria um pedido de eutanásia por forças psicológicas incognoscíveis mas sim porque crê que ela constitui uma alternativa moral. Já o conflito de deveres, no caso entre o melhor tratamento/cuidados para o paciente e a obediência à lei, implica que a preterição daquela fez-se para atender a protecção de um bem superior, diz-nos todavia MORA MOLINA que desde o caso Berman de 1952 os Tribunais Holandeses ³² consideram que importa uma verificação da consciência só capaz de ser feita pelo agente e assim “han rechazado esta interpretación del artículo 40. Únicamente podría saldarse con

²⁹ A Comissão deve o seu nome ao seu presidente, um Procurador - Geral do Supremo Tribunal Holandês. Dada a magnitude da tarefa a Comissão encomendaria em 1990 um estudo estatístico a VAN DER MAAS que concluiria em 1991 que num total de 130.000 mortes (em 1990), 2300 eram casos de eutanásia, 400 de ajuda ao suicídio e 100 de interrupção da vida sem pedido.

³⁰ MORA MOLINA, Op. Cit., p. 551. Para anos posteriores vide JAVIER VEJA GUTIÉRREZ, ÍÑIGO ORTEGA, , “La «Pendiente Resbaladiza» en la Eutanasia en Holanda”, p. 95 e ss. e o Anexo 2.1.

³¹ Art.40.º *WvS* “El que cometiese un crimen, siendo compelido a actuar de ese modo por fuerza mayor, quedará exento de pena”. Seguiu-se MORA MOLINA, Op. Cit., p. 552.

³² Os tribunais holandeses desde a reforma de 1998-2002 encontram-se estruturados em três graus de jurisdição: os distritais, de recurso/de apelação e o Supremo Tribunal (*Hoge Raad*). Cf. BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS (Dir.), “A Geografia da Justiça – Para um novo mapa judiciário”, p. 27 e ss.

éxito esta defensa si se introdujera la duda razonable de que nadie más que el acusado podría haber actuado de igual modo en tales circunstancias”³³.

O primeiro caso paradigmático e fomentador de vasta discussão pública (conhecido como *Leeuwarder Euthanasieprocess*) ocorreu em 1973. No caso Geertruida Postma³⁴ o Tribunal de Leewarden considerou que a eutanásia (precisemos ortotanásia e eutanásia passiva³⁵) seria aceitável mediante certas condições, se: *a*) o paciente padece de uma doença incurável e sofrimento insuportável; *b*) existe um pedido livre para por fim à sua vida; *c*) o médico que acompanha o paciente e recebe o pedido é, preferencialmente, aquele que pratica a eutanásia tendo porém que consultar previamente outro colega³⁶. O tribunal consideraria que as condições mostravam-se *in casu* reunidas mas que Postma era culpada de homicídio a pedido pois havia usado uma substância que fora imediatamente letal. Se é discutível tratar-se de uma verdadeira ortotanásia, a verdade é que a médica foi condenada em pena suspensa de uma semana de prisão (sujeita a regime de prova durante um ano), permitindo que se conclua, como VAN KALMTHOUT, que “aunque el veredicto a primera vista parece limitarse al control del dolor y a la no continuación de tratamiento, la fórmula elegida y la combinación de condiciones llevan a que se asuma de forma general que el tribunal también quería incluir la terminación activa de la vida a petición del paciente”³⁷.

Estes requisitos seriam consolidados e aprofundados com o caso Wertheim de 1981³⁸. O tribunal de Roterdão consideraria que sendo crescente o consenso social o auxílio ao suicídio não seria inaceitável em todas as circunstâncias, até porque em muitas situações o suicídio mostrava-se inacessível ao paciente (necessitando-se da ajuda de um

³³ MORA MOLINA, Op. Cit., p. 553. Sobre o caso Berman vide JOHN GRIFFITHS, ALEX BOOD, HELEEN WEYERS, “Euthanasia and Law in the Netherlands”, p. 44 e ss.

³⁴ Para uma descrição do caso vide GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., p. 52 e ss

³⁵ Relativamente à eutanásia passiva os tribunais já se haviam pronunciado em 1967 no caso Mía Versluis. Cf. Ibidem, pp. 47-48. Sempre se acrescentará que a eutanásia passiva e a ortotanásia sempre foram legais “also in cases of incompetent patients, and even in cases that the patient himself wishes to continue the treatment. The reason is that doctors always have the right, even the duty, to spot or forego futile treatments”. HELEEN DUPUIS, “Euthanasia in the Netherlands: 25 years of experience”, p. 62.

³⁶ Os requisitos resultam em grande parte do depoimento do inspector médico. O único que não constou da enumeração do tribunal foi o de que se estivesse na fase terminal pois para aquele o que estava em causa era o grande sofrimento psicológico e/ou físico resultante de uma doença incurável ou de uma lesão. GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., p.52 e ss e VAN KALMTHOUT, Op. Cit., pp. 306-307.

³⁷ VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p.307. Para além do caso Berman existiram outros três casos de violação dos artigos 293.º e 294.º do *WvS* todos com condenações bastante diminutas em relação às molduras legais aplicáveis e que abriram caminho à posterior dispensa de pena. GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., pp. 52-53

³⁸ Para uma descrição do caso vide GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., pp. 58-60.

terceiro) e porque deveria ser produzido de forma digna. Nesses casos, o auxílio ao suicídio seria possível se: *a)* o paciente padece de um sofrimento físico e/ou psicológico insuportável e persistente que não comporta outra solução; *b)* o pedido é voluntário, explícito, duradouro e reitera o sofrimento do doente e o seu desejo de morrer, devendo para isso ser capaz de entender a sua situação e possíveis alternativas; *c)* não restando alternativas razoáveis (cuidados paliativos) e, de acordo com os *due care*, deve ser levado a cabo por um médico que prescreverá a melhor técnica; *d)* a morte não causará a outros um sofrimento desnecessário. A estas condições, conhecidas como os critérios de Roterdão, facilmente reportáveis às gizadas no caso Postma o tribunal acrescentou: *d)* a valoração e concretização do pedido não deve ser feita por um único médico, devendo o auxílio ser norteado por “un cuidado extremo, por ejemplo, el médico debe consultar con sus colegas en la fase terminal, o, si la fase terminal aún no ha comenzado, consultar con otro experto, por ejemplo, un psiquiatra o un asistente social” devendo este examinar o doente ³⁹.

O Tribunal concluiria que o arguido não respeitara os requisitos e que era culpado de auxílio ao suicídio, mas em virtude da sua idade avançada condenou-o somente a seis meses de pena de prisão suspensa ⁴⁰.

Seria todavia o caso María Barendregt (1984) o primeiro a chegar ao Supremo Tribunal (*Hoge Raad*) e por isso conhecido como o caso *Euthanasie I* ⁴¹. O tribunal de Alkmaar, em Maio de 1983, decidira-se pela absolvição do médico que acedera ao pedido de eutanásia com base em três fundamentos: *a)* o reconhecimento do direito à autonomia em relação às questões do fim da vida; *b)* é necessário a assistência de um terceiro para poder pôr fim a uma vida de maneira digna e não violenta; *c)* embora essa assistência possa ser considerada uma conduta criminosa nos termos do art.293.º e 294.º do *WvS* “no podrá hablarse de ilegalidad material si y sólo si dicha acción pudiera ser considerada deseable de

³⁹ MORA MOLINA, Op. Cit., pp. 555-556; VAN KALMTHOUT, Op. Cit., pp. 307-308.

⁴⁰ Após esta sentença o Comité de Procuradores-Gerais decidiu que todos os casos subsumíveis nos artigos 293.º e 294.º do *WvS* deveriam ser sujeitos ao Comité de modo a alcançar-se uniformidade na prossecução criminal. E de facto, num caso posterior de auxílio ao suicídio, o Tribunal (de Utrecht) considerou logo estar ante um auxílio ao suicídio e munido dos critérios de Roterdão condenou o arguido, nomeadamente por não se ter esgotado todas as alternativas de tratamento, a pena suspensa de 6 meses de prisão. GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., p. 60.

⁴¹ Para uma descrição do caso: MORA MOLINA, Op. Cit., pp. 556-557; GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., p. 62.

acuerdo con lo establecido en la ley”, reiterando ainda a necessidade do cumprimento dos supra mencionados critérios de Roterdão ⁴².

O Ministério Público recorreria para o tribunal de apelação de Amesterdão que considerou que não cabia à corte de Alkmaar ocupar-se da “valoração do estatuto legal das acções particulares dado que essa tarefa estava confiada ao legislador”, e se a lei penal estatua que o homicídio por piedade e a pedido da vítima eram crimes, devia tal conduta ser julgada enquanto tal, decidindo-se pela condenação com dispensa de pena. Em Novembro de 1984 o caso sobe ao Supremo Tribunal que recusou o argumento da não existência de uma ilegalidade substancial, procedente na I instância, mas consideraria que era necessário uma investigação mais profunda dos factos de forma a chegar-se à conclusão de que, de acordo com a *lex artis*, existia uma situação de estado de necessidade ⁴³, devendo atender-se aos seguintes quesitos: *a)* era expectável, de acordo com os cânones de juízo e prática médica uma crescente desfiguração da personalidade do paciente na sequência do aumento de um sofrimento já insuportável; *b)* era previsível que morresse a breve-trecho de uma forma indigna; *c)* inexistência de outras possibilidades para aliviar o sofrimento. Reunidas tais condições, “the possibility that the euthanasia performed by defendant, according to objective medical opinion, must be considered justified, as having been performed in a situation of necessity” ⁴⁴. Desceu assim o caso ao tribunal de apelação de Haia a fim de produzir-se nova prova e saber-se se de acordo com essas condições poderia configurar-se o caso enquanto um estado de necessidade. Em 11 de Setembro de 1986 o arguido foi absolvido.

Um mês mais tarde o Supremo Tribunal julgava o caso *Euthanasie II*, ou caso Groningen ⁴⁵. Nortado pelo raciocínio de que não é possível considerar um médico penalmente responsável quando se trata de uma accção médica necessária por razões

⁴² MORA MOLINA, Op. Cit., p. 557; VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 299 e TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 305 acrescentando esta última autora que esta falta de anti juridicidade material da conduta fundamentava-se numa pretensa opinião social consolidada que seria favorável à impunidade da eutanásia por respeito à dignidade humana e ao direito à autodeterminação a respeito da própria morte.

⁴³ JURRIAAN DE HAAN, “The New Dutch Law on Euthanasia”, p. 59; GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., p. 63.

⁴⁴ VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 303, transportando estas condições para o plano dos princípios diz-nos que para invocar-se um estado de necessidade, deve existir respeito pelo princípio da proporcionalidade: o agente deverá optar pelo aspecto jurídico mais importante, e pelo princípio da subsidiariedade: não deverá existir um meio menos extremo disponível. O médico que invoca o estado de necessidade não poderá autocolocar-se em tal situação e tal causa de justificação deverá ser sempre aferida no momento em que o pedido do paciente é formulado e não quando se pratica a eutanásia.

⁴⁵ Para uma descrição do caso: MORA MOLINA, Op. Cit., pp. 560-561; GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., p. 64.

clínicas e quando a mesma é executada com toda a prudência exigida (quer pela *praxis* quer pela ciência médica), ou seja, existindo a chamada exceção médica⁴⁶, o julgado municipal de Groningen considerou que a aceitabilidade da eutanásia dependia do cumprimento de certos requisitos já delineados pelo tribunal de Roterdão. Ora, no caso, o requisito da consulta prévia com um segundo médico não fora cumprido, na medida em que não bastava uma discussão informal com outros médicos. Não se provando o estado de necessidade, o tribunal condenaria a arguida mas com dispensa de pena.

Tendo o Ministério Público recorrido, o tribunal de apelação de Leeuwarden decidiria que o argumento do estado de necessidade nunca poderia proceder (a par do argumento de inexistência de ilegalidade em sentido substantivo já improcedente na primeira instância) em virtude de ter sido a médica a colocar-se na situação de pressão da qual agora queria aproveitar-se, condenando-a em pena suspensa de dois meses de prisão. O Supremo Tribunal recusaria liminarmente, por falta de fundamentação jurídica, a figura da exceção médica considerando que não bastava um médico ter actuado de acordo com a sua *lex artis*, mesmo contra a lei, para ser eximido de sanção. Sem deixar de reconhecer que as acções médicas facultativas não caem na alçada do Código Penal, esclareceu todavia que, diferentemente de um aborto para salvar a vida da mãe, a eutanásia não era comumente considerada um acto médico habitual e portanto reconduzível à figura da exceção médica. Se o legislador assim o entendesse teria previsto a hipótese de eximir o médico da aplicação do art.293 e 294.º do *WvS* e, por outro lado, dizer que a eutanásia caia dentro da exceção médica implicaria a obrigação do médico levar a cabo tal procedimento médico enquanto acto médico normal, o que nenhum tribunal ou doutrina defendia ⁴⁷.

Considerando-se todavia que o Tribunal de Apelação não avaliara devidamente certos argumentos como a pressão psicológica a que a médica fora sujeita nem a situação desesperada da paciente, o caso foi remetido em 1986 para o Tribunal de apelação de Arnhem que manteve a condenação na medida em que a médica deveria ter discutido e analisado o caso com outros colegas. Numa segunda apelação para o *Hoge Raad*, confirmou-se a condenação do tribunal de apelação de Leeuwarden não deixando porém de frisar-se que o não respeito pelo requisito de discutir o caso com outro médico não poderia

⁴⁶ “Trata-se de uma causa de justificação não escrita segundo a qual considera-se impune a conduta activa ou omissiva que, mesmo penalmente típica, é do ponto de vista médico a mais indicada. Trata-se portanto de caracterizar a situação como um problema exclusivamente médico e que tem de ser decidido à luz das regras profissionais”. TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 305.

⁴⁷ LEENEN, Op. Cit., p. 126; VAN KALMTHOUT, Op. Cit., pp. 300-301.

de per se afastar automaticamente uma defesa por estado de necessidade ⁴⁸. Como sintetiza JOHN GRIFFITHS, ALEX BOOD, HELEEN WEYERS com os seus dois acórdãos o Supremo Tribunal descartou a possibilidade de uma defesa por exceção médica e por falta de ilegalidade substancial ⁴⁹ aceitando a existência de um estado de necessidade em consonância com o respeito pelos critérios formulados pelo tribunal de Roterdão e reiterado em casos posteriores ⁵⁰.

O último dos casos apontados pela doutrina como essencial no recorte do estado de necessidade, *maxime* em casos de doença não somática, foi o caso Chabot de 1994 ⁵¹. O médico acusado de auxílio ao suicídio foi absolvido no tribunal de Assen e no tribunal de apelação de Leeuwarden com base no art.40.º *WvS*, mais precisamente com base na existência de um conflito de deveres ⁵². Já o Supremo Tribunal em Junho de 1994 considerou-o culpado mas dispensou-o de pena. O *Hoge Raad* começou por considerar que um estado de necessidade implicaria um médico ter de escolher entre a obrigação de preservar a vida e o dever de aliviar, tanto quanto possível, um sofrimento insuportável e sem perspectivas de melhoras, sendo que tal causa de justificação não seria automaticamente descartada por estarmos ante um caso de sofrimento não somático ou uma doença não terminal ⁵³.

Recusando a tese de que um doente psiquiátrico não pode pedir ajuda para suicidar-se por não existir uma vontade livre e séria em morrer nos doentes psiquiátricos ⁵⁴

⁴⁸ MORA MOLINA, Op. Cit., pp. 561-562; VAN KALMTHOUT, Op. Cit., pp.304-305 e TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 307 e ss.

⁴⁹ Outro argumento invocado foi a chamada força psicológica irresistível (*psychische overmacht*): o sofrimento do paciente reveste-se de tal intensidade que coloca o agente numa situação de pressão psicológica em que é impossível resistir a tal apelo à morte. A doutrina divide-se na sua admissibilidade, já os tribunais recusaram-no. VAN KALMTHOUT, Op. Cit., pp-301-302 e TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., pp. 305-306.

⁵⁰ Como o caso *Admiraal* de 1985, Cf. GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., p. 65 e ss. Esta consolidação jurisprudencial tornaria flagrante a lacuna de um procedimento de notificação às autoridades, surgindo assim processos de âmbito local, v.g. o procedimento de notificação ao Ministério Público no distrito de Alkmaar.

⁵¹ Para uma descrição do caso vide MORA MOLINA, Op. Cit., pp. 562-564; GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., pp. 80-82.

⁵² Apesar da doutrina e a jurisprudência falar de estado de necessidade, *Overmacht*, entendemos como TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 307 e ss. que o mesmo “se va perfilando cada vez más claramente como una colisión de deberes”. Do mesmo modo VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 302.

⁵³ Recorde-se que o requisito da doença não ter de ser terminal para efeitos da não punibilidade da eutanásia já fora gizado no caso *Postma*, mas considera-se que com o caso *Chabot* o Supremo Tribunal encerrou definitivamente essa questão, o relevante é que o doente padeça de um sofrimento extremo que se afigure insuportável. TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 310.

⁵⁴ Não se aceitou assim, corroborando o tribunal de apelação, o argumento do Ministério Público de que num doente psiquiátrico não pode existir um juízo autónomo e livre determinação, sublinhando-se que “el deseo

concluiria todavia que *in casu* não se reuniam provas de terem sido cumpridos todos os critérios de Roterdão para haver um estado de necessidade: não se provara que um médico independente houvesse examinado a paciente, e tratando-se de um sofrimento causado por causas não somáticas e objectivamente mais difíceis de determinar, o parecer de um segundo médico seria essencial ⁵⁵ e deveria aferir: *a)* a seriedade desse sofrimento e a não existência de uma “mera” situação de desespero ou “pedido de atenção”; *b)* a existência de perspectivas de melhora e eventuais alternativas ao alívio do sofrimento mesmo que o doente os recuse ^{56 57}.

Paralelamente a todo este labor jurisprudencial na construção de uma causa de justificação ⁵⁸ e correspondentes requisitos jurisprudenciais, o Governo e o Parlamento construía os primeiros projectos de lei inspirados indelevelmente nos ensinamentos dos tribunais.

1.3.) Da proposta Kohnstamm à Lei sobre o controlo da interrupção da vida a pedido e da ajuda ao suicídio

A primeira proposta legislativa data de 1985 e ficou conhecida por proposta Kohnstamm. Da autoria de um pequeno partido da oposição (D'66) seria chumbada e visava a revisão dos art.293.º e 294.º *WvS* de modo a dispensar-se a pena quando fossem

de morir de las personas que sufren psicológicamente puede estar basado en su voluntad autónoma, en sí mismo”. VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 310.

⁵⁵ Sublinhe-se que se o critério da consulta com outros profissionais médicos que devem analisar o paciente é um critério essencial nos casos de doença psicológica ou psiquiátrica, nos restantes casos com o cumprimento dos restantes requisitos “el estado de necesidad existe objetivamente, y justifica la práctica también cuando no se ha consultado otro facultativo”. VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 314.

⁵⁶ GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., p. 82. Para LEENEN, Op. Cit., p. 127 e H. J. J. LEENEN, “Dutch Supreme Court about Assistance Suicide in the Case of Severe Mental Suffering” p. 378, o esgotamento de todas as alternativas é essencial ao ponto de nestes casos o paciente não poder recusar os tratamentos alternativos propostos.

⁵⁷ Considera-se que este acórdão é tributário do relatório da KNMG de 1993 sobre o auxílio ao suicídio a pacientes psiquiátricos. TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 309, n.51. Após este caso o Ministério Público desistiu de onze acusações por eutanásia de doentes com doenças não terminais. Cf. VEJA GUTIÉRREZ, ÍÑIGO ORTEGA, Op. Cit., p. 92.

⁵⁸ TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 307 e ss, diz-nos que a configuração desta causa de justificação como uma questão da medicina (dado que os tribunais para analisarem a existência de um estado de necessidade conforme os critérios delineados lançam mão das *lex artis* médicas e da “opinião médica objectiva”) é um dos pontos mais criticados pela doutrina pois a eutanásia activa directa não é unanimemente aceite pela ética médica e, mesmo que o fosse, nunca seria uma questão exclusivamente médica. Por outro lado, critica-se a utilização do estado de necessidade, configurado pelo Direito Penal para casos excepcionais, ser utilizado para justificar situações previsíveis e que ocorrem regularmente.

cumpridos os critérios de Roterdão, prevendo-se ainda a notificação da eutanásia e do auxílio ao suicídio a uma Comissão ⁵⁹.

O Governo por sua vez só apresentou uma proposta após a II Comissão Estatal dar por finalizados os trabalhos, mas o projecto inicial por ser demasiado arrojado obrigou-o a recuar e a apresentar no Parlamento, em 1986, um documento que nem configurava uma proposta de lei, a *Proeve* (todavia se o Parlamento insistisse em legislar deveria conformar-se àquela) ⁶⁰. Segundo este projecto a eutanásia continuaria a ser punível, podendo apenas invocar-se fundamentos pessoais em circunstâncias estritamente definidas, não fazendo sequer referência ao estado de necessidade ⁶¹.

Não obstante a queda do Governo em 1986, o Conselho de Estado não deixaria de pronunciar-se acerca da proposta de Lei dos D'66 e da *Proeve*, concluindo que deveria aditar-se ao *WvS* as condutas que não poderiam ser consideradas uma eutanásia.

O novo Governo, munido das considerações do Conselho de Estado, decidiu assim pedir pareceres ao Conselho de Saúde e ao Comité de Procuradores-Gerais. Ambos foram críticos, não obstante o Governo decidiu manter a *Proeve*, apresentando-a como projecto de lei em 1987. Mantinha-se a punibilidade da eutanásia, mesmo quando fosse praticada por um médico, a pedido e com o intuito de libertar um paciente do seu sofrimento, e elevava-se a moldura penal do crime de auxílio ao suicídio, prevendo-se todavia a dispensa de pena nos termos do art.40.º *WvS* por razões de estado de necessidade ou de pressão psicológica insuperável se observadas determinadas condições ⁶².

Deve acrescentar-se que em vez de uma revisão do *WvS* propunha-se incluir o cumprimento das *lex artis* na Lei para a prática médica (*Wet op Medische Prajtijk*) bem como definir pela negativa a eutanásia, e dado tal definição não ser própria do Direito Penal, o Governo propunha a sua inserção não no *WvS* mas sim na Lei para a prática médica ⁶³. Em relação aos menores a proposta previa que eram os representantes legais

⁵⁹ VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 277 e MORA MOLINA, Op. Cit., p. 566 e ss.

⁶⁰ MORA MOLINA, Op. Cit., p. 567 e LEENEN, Op. Cit., p. 129.

⁶¹ VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 278 e MORA MOLINA, Op. Cit., p. 568.

⁶² Sobre isto vide MORA MOLINA, Op. Cit., p. 57 e TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 299.

⁶³ Não se consideraria eutanásia ou auxílio ao suicídio: a) a supressão ou não iniciação de um tratamento a pedido expresso e reiterado do paciente; b) a supressão ou não iniciação de um tratamento inútil segundo a opinião médica consensual; c) o controle da dor mesmo tendo como efeito lateral e não desejado a morte. VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 280; MORA MOLINA, Op. Cit., p. 570.

quem tinham de decidir, bastando um não estar de acordo para o médico não poder aceder ao pedido ⁶⁴.

Em Maio de 1989 o Governo cai e uma nova coligação sobe ao poder e condiciona toda a legislação sobre eutanásia aos resultados da Comissão *Remmelink*. Todavia a KNMG decidira não ficar cativa dos avanços e recuos governamentais e desenvolvera, após sucessivos pareceres, uma regulação para os seus membros ⁶⁵. O Governo foi então forçado a enfrentar a reivindicação do Ministério Público de que era necessário um tratamento uniforme para os casos de eutanásia, ao mesmo tempo que a KNMG sublinhava a insegurança jurídica que grassava na classe médica e que levava a que muitos arriscassem a atestar as eutanásias praticadas como mortes naturais para evitar uma acusação. Deste diálogo surgiria o procedimento de notificação para casos de eutanásia (*Meldingsprocedure Euthanasie*), que entrou em vigor em 1990 e incluía, para além do procedimento de notificação para os médicos em casos de eutanásia e auxílio ao suicídio, um certificado de não objecção por parte do Ministério Público (mesmo quando se apresentasse um atestado de óbito por morte não natural podia haver arquivamento e libertação do corpo pelo médico legista), pretendendo-se assim que o Ministério Público, ancorado no princípio da oportunidade, não perseguisse criminalmente os médicos mas passasse a ter conhecimento dos casos de eutanásia ⁶⁶. E, de facto, houve um aumento do número de notificações (de 590 em 1991 para 1300 em 1992) obrigando o Governo a avançar e dar forma legal ao procedimento, pondo fim a uma situação de antinomia jurídica: de um lado o *WvS* a punir a eutanásia e o auxílio ao suicídio e de outro, a lei administrativa a permiti-la indiretamente.

Com as primeiras conclusões da Comissão *Remmelink* publicadas em 1991 e ciente da jurisprudência assente, o Governo retira a sua proposta e apresenta em Abril de 1992 uma outra para revisão da Lei das exéquias fúnebres de modo a dar forma legal ao procedimento de notificação de 1990. Em 1993 a proposta seria aprovada, entraria em

⁶⁴ Vide MORA MOLINA, p. 571 e VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 281.

⁶⁵ Já em 1973 formulara uma declaração sobre a eutanásia e em 1984 elaborara um conjunto de critérios para a prática de eutanásia que influenciara a elaboração dos critérios de Roterdão, por outro lado a KNMG sempre entendeu que não se podia limitar a eutanásia aos casos em que o processo morte já tivesse sido desencadeado, não só porque é difícil assinalar o seu início mas também porque não seria razoável negar a um doente em profundo sofrimento tal opção só porque não era um doente terminal. TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 300, n.19.

⁶⁶ MORA MOLINA, Op. Cit., p. 572 e ss. e PETER J. P. TAK, “A discussão sobre a legislação relativa à eutanásia na Holanda”, p. 138. Note-se porém que existindo dúvidas, não tendo sido feita a notificação ou sendo ela falsa o Procurador sempre poderia instaurar um processo crime.

vigor em 1994 e o art.10.º da Lei das exéquias fúnebres seria alterado, passando os médicos a ter o dever de notificar os casos de morte como resultado de uma eutanásia, auxílio ao suicídio e ajudas à morte activas sem pedido expresso (v.g. recém-nascidos com graves deficiências).

Após a notificação de um destes casos de morte não natural o médico legista, antes de libertar o corpo, informava o Ministério Público que, de acordo com o princípio da oportunidade, decidia ou não se acusava o médico (decisão tomada em reunião do comité de procuradores). Concluindo-se que o médico respeitara todos os requisitos de Roterdão o caso seria arquivado e poderia proceder-se à inumação ou cremação (o que porém a lei não dizia expressamente, não obstante os casos de ajuda à morte não voluntárias, mais não fosse por violarem o requisito de um pedido voluntário, expresso e reiterado serem sempre sujeitos a processo-crime, conforme podia ler-se no preâmbulo) ⁶⁷.

A lei foi duramente criticada, sobretudo por prever os casos de ajuda à morte não solicitada, pois se a lei tacitamente legitimava a eutanásia e o auxílio ao suicídio sob certos requisitos procedimentais e substantivos acabava também por legitimar aquelas eutanásias não voluntárias, ou pelo menos dar a aparência de que o tratamento jurídico era o mesmo, pese embora o Governo várias vezes ter insistido que todos os casos de eutanásia sem petição (naturalmente excepcionando a eutanásia passiva e ortotanásia que nem cabe na definição) seriam levados a tribunal. Ao mesmo tempo, ao não serem tais casos legítimos os médicos que os praticassem naturalmente não iriam comunicá-los nesses termos, resultando ilusória tal inserção no procedimento de notificação ⁶⁸. Outra das críticas prendia-se ao excessivo protagonismo dado aos tribunais, pois o legislador ao não querer regular no plano substantivo a eutanásia permitia aos tribunais continuar a ter grande margem de decisão e de modificação dos critérios que eles próprios haviam elaborado ⁶⁹.

Apesar da criação deste procedimento legal de notificação ser um passo importante, nem o Código Penal foi revisto nem foi estatuída uma causa de justificação para a eutanásia, criou-se “somente” um procedimento para casos de mortes não naturais. Em 1996 é publicado, tal como prometido pelo Governo, um segundo estudo nacional

⁶⁷ TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., pp. 301-302; VAN KALMTHOUT, Op. Cit., p. 327 e ss.

⁶⁸ MORA MOLINA, Op. Cit., p. 574 e TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., pp. 302-303.

⁶⁹ TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 303. A KNMG criticou ainda ter-se ficado somente por uma solução de compromisso na medida em que o consenso sobre a não punibilidade da eutanásia já existia na sociedade, o Governo entendia todavia que não devia descrever de forma geral uma causa de justificação como o estado de necessidade.

acerca da prática médica e decisões de final de vida, onde dá-se conta de um aumento de 18% para 41% de notificações, chegando VAN DER WAL e VAN DER MAAS à conclusão que a razão mais apontada pelos médicos para a maior parte dos casos não ser notificado era a do controlo directo pela justiça, na medida em que consideravam tais actos legítimos ⁷⁰. Assim, em Maio de 1998, são criadas 5 comissões regionais para servirem de intermediárias entre os médicos e a justiça: o médico legista passava a reportar os casos à comissão regionalmente competente que analisaria se a eutanásia fora norteada pelos critérios assentes, informando posteriormente o Ministério Público das suas conclusões (é a tónica da avaliação e intermediação e não da uniformização de tratamento que está na génese das comissões) ⁷¹.

Finalmente, a 28 de Novembro de 2001 é aprovada na Câmara Baixa a lei que descriminalizaria a eutanásia e o auxílio ao suicídio. Ratificada pelo Senado em 10 de Abril de 2001 e em vigor desde 1 de Abril de 2002 esta lei sobre o controlo da interrupção da vida a pedido e da ajuda ao suicídio (art.24.º) trouxe ainda alterações ao Código Penal e à Lei das exéquias fúnebres ⁷².

Os artigos 293.º e 294.º WvS continuam a punir a eutanásia e o auxílio ao suicídio ⁷³, porém não serão puníveis, segundo o art.20.º da lei, quando: *i)* sejam praticados por um médico (é comumente aceite que a lei não aproveita ao pessoal de enfermagem ⁷⁴) que

⁷⁰ Sobre o estudo, HENK JOCHEMSEN, JOHN KEOWN, “¿La Eutanasia Voluntaria Bajo Control? Nuevas Pruebas Empíricas Desde Holanda”, p. 15 e ss., salientando que esta evolução deve ser lida com cautela na medida em que é nos casos não notificados que se violam, mais frequentemente, as *lex artis*.

⁷¹ BERT GORDIJN, RIEN JANSSENS, Op. Cit., pp. 301 e 302. Note-se porém que entre 1998 e 2002 os comités funcionaram a título experimental, aferindo o cumprimento dos requisitos e aconselhando o Ministério Público. Nos quatro casos onde se entendeu haver uma violação o Ministério Público decidiu não deduzir acusação. Cf. MAURICE ADAMS, HELEEN WEYERS, “Supervision and Control in Euthanasia Law: Going Dutch?” p.124.

⁷² Pese embora, como constata ROBERTO CHACON DE ALBUQUERQUE, “A Lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido e a Constituição Holandesa”, p. 297, a lei não refere uma única vez o termo eutanásia. Uma presunção, que não cremos absoluta, é a de que a lei limita-se a nacionais ou residentes, a lei é omissa e as comissões regionais dizem ser impossível um estrangeiro beneficiar da lei por considerarem que o preenchimento dos requisitos pressupõe alguma permanência no território, assim, pelo menos teoricamente, aquele pode solicitar a eutanásia desde que mantenha com um médico holandês uma relação terapêutica há tempo suficiente para aquele conhecê-lo bem, vide “Euthanasia: *The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act in practice*”, p. 18.

⁷³ A eutanásia e o auxílio continuam a ser crimes, como sintetiza MORA MOLINA, Op. Cit., p. 581, a anti juridicidade e a tipicidade permanecem inalteradas, mas a culpa desaparece nos casos e nos termos dos números dois do art.293.º e 294.º do WvS. Vide ainda DE HAAN, Op. Cit., p. 58.

⁷⁴ TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 313 dá-nos conta de um caso de 1995 que correu no tribunal de Leeuwarden onde se revogou uma pena de dois meses de prisão de um tribunal inferior a uma enfermeira que através de uma injeção letal terminou com a vida do seu noivo dado que agira motivada por piedade, não deixando porém o tribunal de salientar que a eutanásia é um acto reservado aos médicos. No que toca ao apoio mais activo de associações na ajuda à morte existem condenações, v.g. um psicólogo da *Stichting De*

respeite os critérios de rigor que a própria lei regula no seu artigo 2.º e *ii*) esse médico comunique tal caso ao médico legista conforme o estipulado na Lei das exéquias fúnebres. Segundo o art.2/1.º da Lei os critérios de rigor, numa nítida plasmação dos critérios de Roterdão, são os seguintes: *a*) o médico está convencido que o pedido do paciente é voluntário e devidamente reflectido; *b*) está convicto que o sofrimento é permanente, insuportável e sem perspectivas de melhora ⁷⁵; *c*) informou o paciente sobre a sua situação e sobre o seu prognóstico; *d*) conjuntamente com o paciente chegou à conclusão que não existe outra solução razoável (princípio da subsidiariedade); *e*) consultou-se pelo menos um outro médico independente que observou o paciente e deu por escrito o seu parecer que estão cumpridos os critérios *a*) a *e*); *f*) o médico deve praticar a eutanásia com todo o rigor médico necessário ^{76 77}.

Se para não incorrer em crime de homicídio a pedido ou auxílio aos suicídio é necessário o cumprimento dos requisitos supra mencionados, naturalmente que o *a*) e *b*) são os que têm mais peso, como sublinha JURRIAN DE HAAN o pedido é absolutamente essencial dado que uma eutanásia não voluntária é de *per se* uma contradição nos termos. O pedido deve ser preferencialmente feito por escrito, mas na medida em que o paciente continue capaz de expressar-se poderá não ser necessário (*v.g.* recurso a meios de gravação audiovisuais), e será voluntário se feito sem qualquer coacção e/ou pressão, devendo resultar de um processo de maturação da compreensão da sua situação médica ⁷⁸.

Em relação ao sofrimento deve acrescentar-se que aos ensinamentos do caso Chabot, o *Hoge Raad* veio juntar os do caso Brongersma de 2002: o mero cansaço de viver

Einder com 12 meses de prisão condicional e a condenação do fundador daquela associação em pena de prisão condicional de um ano, tendo os tribunais salientado que as informações e apoio moral não abrangem a assistência ao suicídio. Cf. GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 46 e ss.

⁷⁵ No *Explanatory Memorandum* da Lei pode ler-se que o requisito do sofrimento deve ser interpretado no sentido de estarmos ante uma situação “de humilhação pessoal crescente e perspectivando-se uma morte sem dignidade” e que a eutanásia “só pode ser discutida dentro de um quadro de assistência médica que ofereça bons cuidados paliativos”. FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., pp. 43-44.

⁷⁶ É com base neste requisito que comumente aceita-se que o médico presente num auxílio ao suicídio mal sucedido tenha o dever de proporcionar a morte de forma activa.

⁷⁷ Pode colocar-se a questão do papel dos parentes mais próximos em todo este processo. A lei é dúbia, mas o formulário que o médico deve preencher questiona se os parentes mais próximos foram consultados. Todavia o facto da lei para o acordo sobre o tratamento médico proibir que se peça, para fins de tratamento do paciente, o consentimento da família leva VAN KALMTHOUT, Op. Cit., pp. 316.317 a considerar que cabe apenas ao médico fazer compreender ao paciente a importância de envolver a família em tal decisão. Uma análise crítica das condições pode ser encontrada em ARMANDO S. ANDRUET, “Ley Holandesa de «terminación de la vida a petición propia», Nuestra consideración acerca de la Eutanasia”, p. 169 e ss.

⁷⁸ DE HAAN, Op. Cit., p. 63.

não consubstancia o preenchimento do requisito do sofrimento insuportável porque a Ciência Médica não tem meios e competência para estabelecer a natureza insuportável do sofrimento existencial. Assim, o sofrimento tem de enquadrar-se no quadro de uma doença ou transtornos físicos e/ou psiquiátricos ⁷⁹.

Deve ainda acrescentar-se que para o cumprimento do requisito *e*) existe desde 1999 o SCEN. Esta consulta formal com um segundo médico independente (não devem ser familiares ou ter sequer relações de foro profissional) ⁸⁰ procura aferir se o médico que presta assistência cumpriu devidamente todos os requisitos, sendo o SCEN o resultado de uma procura (por parte do KNMG) de uma profissionalização do papel do segundo médico, criando-se então este quadro de médicos especializados ⁸¹. Esta consulta não deixa assim de ser um mecanismo de controlo, de “monitorização e salvaguarda da qualidade da prática eutanásica”, se bem que um juízo negativo não impede a prática da eutanásia ⁸².

Deveras importante é a consagração da eutanásia para menores. Nos termos no art.2/3.º e 4.º se o menor tiver entre 16 e 18 anos e for capaz de apreciar convenientemente os seus interesses, pode solicitar a eutanásia desde que os seus pais ou tutores participem na decisão, já se os menores tiverem idades compreendidas entre 12 e 16 anos aqueles têm de aceitar a prática da eutanásia ⁸³.

⁷⁹ Para uma descrição do caso vide GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp. 35-39; FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., pp. 55-56; TONY SHELDON, “Being «tired of life» is not grounds for euthanasia”, p. 71.

⁸⁰ RAPHAEL COHEN-ALMAGOR, “First do no harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium”, p.519 dá-nos conta de um estudo holandês de 2009 que alerta para que nem sempre a independência do segundo médico é assegurada, 21% de médicos assistentes admite conhecer o segundo médico, obrigando a que 48% dos esclarecimentos complementares pedidos pelas comissões regionais sejam acerca da segunda consulta.

⁸¹ Os médicos SCEN (actualmente 590), recebem formação específica e têm de ter experiência no campo da eutanásia. Considera-se que são mais exigentes na observância dos requisitos que outros médicos e que 30% dos seus relatórios sejam contrários à ajuda à morte. Os últimos estudos, de 2008 e 2013, apontam para a sua presença em cerca de 85-90% das eutanásias. Cf. YANNA VAN WESEMAEL (Et Al.) “Establishing specialized health services for professional consultation in euthanasia: experiences in the Netherlands and Belgium”.

⁸² Diferentemente do *Rights of the Terminally ill Act* dos Territórios do Norte da Austrália, art.7/1.º, al. k), vide CHESTERMAN, Op. Cit., p.389. Mas nestes casos de discordância os comités regionais têm exigido ao médico competente que justifique a sua decisão, calculando-se que apenas em 2,3% dos casos de relatórios negativos de médicos SCEN concretizou-se a eutanásia (no universo das 59,4% eutanásias em que se recorreu ao SCEN em 2002). Acrescenta-se ainda que outro dos pontos mais discutíveis é o momento da segunda consulta, tendendo a aceitar-se a figura da *two-step consultation*, isto é, preferencialmente a primeira consulta é feita quando o doente ainda não sofre insuportavelmente e o seu pedido é meramente hipotético, e com a deterioração em crescendo dá-se a segunda consulta. RON BERGHMANS, GUY WIDDERSHOVEN, “Euthanasia in the Netherlands: Consultation and Review”, pp. 113-115 e ADAMS, WEYERS, Op. Cit., pp. 126-127.

⁸³ No projecto de lei na faixa dos 12 a 16 anos também não era precisa a concordância paterna. Contestando o artigo final vide LEENEN, Op. Cit., pp.130-131.

O capítulo III da lei, por seu turno, estatui sobre as 5 comissões regionais de controlo ⁸⁴, sendo que da leitura conjugada do art.8.º, 9.º e do novo art.7.º e 10.º da Lei das exéquias fúnebres (art.21.º) o *iter* a observar no caso de prática de eutanásia é o seguinte: após a eutanásia o médico apresenta ao médico legista um formulário (anexo à lei) com a causa da morte (não natural) e um relatório relativo à observância dos critérios do art.2.º ⁸⁵. O médico legista, após verificar como e em que meios ocorreu a morte, dá sempre conta do caso à comissão regional competente e pede autorização ao Procurador para libertar o corpo, sendo que nesta fase o Ministério Público se tiver dúvidas poderá somente impedir a libertação do cadáver e iniciar a investigação, dando conta das suas suspeitas à comissão regional e ao Instituto de Medicina Legal.

Na comissão regional, seis semanas depois da apresentação da documentação pelo médico (podendo ainda nos termos do art.8.º pedir informações suplementares ao médico legista e outros intervenientes no caso, bem como demandar o médico para completar verbalmente ou por escrito o seu relatório) é apresentada a decisão: *a)* se considerarem-se estarem cumpridos todos os requisitos do art.2.º o caso é arquivado e apresentado à Inspeção Regional de Saúde; *b)* se a comissão tem dúvidas no cumprimento do art.2.º ⁸⁶ ou há suspeitas por parte do procurador, a decisão será reportada ao médico, à Inspeção Regional de Saúde e ao comité de procuradores-gerais que de acordo com o princípio da oportunidade decidirá ou não pela acusação ⁸⁷.

⁸⁴ Cada comissão, regulada ainda por um regulamento de 6 de Março de 2002, é composta por número impar de elementos (nomeados pelo Governo) devendo ter pelo menos um jurista (que deverá assumir as funções de presidente), um médico e um especialista em ética ou filosofia (art.3.º e 4.º) com mandato de seis anos (renovável por mais seis).

⁸⁵ Da violação deste preceito ou em virtude da apresentação de informações falsas pode incorrer o médico no crime do 228.º *WvS* (pena até 3 anos de prisão ou multa de quarta categoria - 11 250€), ADAMS, WEYERS, Op. Cit., p.123 dizem-nos porém que são raros os processos crime mas pelo menos um caso chegou ao Supremo Tribunal como relata CHACON DE ALBUQUERQUE, Op. Cit., p. 310 e ss.

⁸⁶ As comissões a propósito da análise da inexistência de outros tratamentos têm vindo a pronunciar-se acerca dos cuidados paliativos. Ante a crítica de que a prática da eutanásia entrou a evolução daqueles, as comissões tendem a considerar que os médicos estão cientes da sua importância e só avançam quando não são suficientes. G.A.M. WIDDERSHOVEN, "Euthanasia in the Netherlands: Experiences in a Review Committee", p. 689.

⁸⁷ Em 2003 o comité dos procuradores-gerais estabeleceu que os procuradores devem apenas proceder à acusação se forem violados requisitos substantivos (o pedido voluntário reiterado e o sofrimento insuportável e não tratável), não impedindo a violação dos requisitos processuais a existência de um estado de necessidade (nesses casos normalmente o médico é porém levado a apresentar-se na Inspeção de Saúde). Note-se ainda que a abertura de um inquérito pelo Ministério Público não depende exclusivamente das comissões, pois poderá avançar *ex officio*. Por outro lado, as comissões são obrigadas nos termos do art.10.º a fornecer as informações que o Ministério Público julgue pertinentes (devendo informar o médico de tal cedência). ADAMS, WEYERS, Op. Cit. pp.124 - 125.

Todos os anos (a 1 de Abril) as Comissões enviam um relatório ao Governo com o número de casos, a sua natureza e os julgamentos realizados (art.17.º) ⁸⁸. Em relação à discussão sobre se este controlo não devia ser feito *ex ante*, na medida em que o único controlo antes da prática da eutanásia é a consulta com um segundo médico e dado não ser possível recorrer às autoridades judiciais para um controlo preventivo, defende a doutrina que a inexistência desse controlo, permite não encarar-se a prática da eutanásia como um direito do médico, não desresponsabilizando-o, mas sim como uma decisão que será depois sindicada. RON BERGHMANS e GUY WIDDERSHOVEN consideram que o actual quadro é o melhor, *a*) porque é o que se coaduna com a dinâmica da prática médica (*v.g.* quadro clínico pode alterar-se); *b*) considerar antes da prática da eutanásia se esta é conforme ao Direito coloca o paciente e a família ante uma espécie de “facto consumado”, quando a lei naturalmente permite um recuo do doente a qualquer momento; *c*) um controlo *ex ante* levaria a atrasos pouco aceitáveis ⁸⁹.

No relatório de avaliação de 2007 considerou-se que a lei fora bem sucedida nos seus três principais objectivos: segurança jurídica, transparência e acréscimo da qualidade, resumindo JURRIAN DE HAAN que se trata de uma lei comprometida pelo respeito pela vida humana, mesmo quando o paciente já não a considera valiosa, e por outro lado, apesar de alicerçada no direito à autodeterminação não deixa de limitá-lo à observância da existência de um sofrimento insuportável e irremediável, não consagrando um direito à eutanásia. Aliás, mesmo reunindo-se se todos os requisitos, não há um direito *tout court* à eutanásia, podendo o médico recusar-se, de forma fundamentada, *v.g.* objecção de consciência, a praticar tal acto, aconselhando a KNMG que nestes casos deve encaminhar-se o doente para um colega ⁹⁰.

Parecem-nos ainda importante a crítica de TOMÁS Y VALIENTE de que a lei deveria primar por uma regulação substancial e não procedimental, na medida em que

⁸⁸ Se em 2001 foram reportados 2045 casos, em 2012 foram já 4188 (Anexo 2.2.). SJEFF GEVERS, “Evaluation of the Dutch Legislation on Euthanasia and Assisted Suicide”, p. 372 e ss. sublinha em relação ao relatório de 2007 que 25% dos médicos têm dificuldades na análise dos requisitos substantivos e que em 2005 80% dos casos foram reportados sendo que a razão mais apontada pelos médicos para não proceder às comunicações legais é considerar que não se trata de uma eutanásia mas sim de ortotanásia. De notar que entre 2002 e 2010 apenas 52 casos (e em 2012, 10) foram considerados violadores das condições do art.2.º não tendo o Ministério Público instaurado processo crime em nenhum. BERGHMANS, WIDDERSHOVEN, Op. Cit., p. 116.

⁸⁹ BERGHMANS, WIDDERSHOVEN, Op. Cit., pp. 119-120.

⁹⁰ DE HAAN, Op. Cit., pp. 60-61. Este encaminhamento não deixa de ser contestado e não acatado por certos grupos de médicos neerlandeses, *v.g.* *Nederlandse Artsen Verbond*. Isto explica porventura a existência de unidades móveis para a prática da eutanásia.

“estabeleceria com clareza quais os pontos de partida da aceitação da eutanásia” até porque deixar apenas aos tribunais e às comissões a densificação desses critérios pode ser o mais adequado em matéria de flexibilidade mas não será o melhor para a segurança jurídica, e, por outro lado, deve caber a um órgão democraticamente eleito, o papel de relevo na regulação de um problema que é essencial para a comunidade ⁹¹. Concordamos ainda com BERT GORDJIN e RIEN JANSSENS quando frisam que todos os intervenientes na prática da eutanásia devem ter sempre em conta o perigo da normalização e da estandardização destas práticas, não podendo nunca deixar de compreendê-las como medidas excepcionais para situações trágicas, de tal modo que a disponibilização de uma rede de cuidados paliativos eficaz e onde a maior parte dos casos tenham resposta é uma *conditio sine qua non* ⁹².

1.4.) A Posição de JOHN GRIFFITHS

Tal como as orientações do KNMG (de 2005) vem este professor da Universidade de Groningen defendendo, desde 1998, um privilegiamento legal do auxílio ao suicídio. Ciente dos números que colocam os casos de eutanásia bem à frente dos do auxílio ao suicídio (em 2005 1,7% contra 0,1% ⁹³), da não diferenciação e consideração que as duas práticas consubstanciam o conceito de eutanásia, GRIFFITHS começa por afastar algumas hipóteses justificativas dessa preferência ⁹⁴ concluindo que este detrimento do auxílio ao

⁹¹ TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 315. Esta penalista considera inclusive que uma regulação substancial pelo legislador poderia dar uma resposta mais eficaz a situações mais dúbias. No mesmo sentido VAN KALMTHOUT, Op. Cit., pp. 326-327 enquadrando a lei na concepção neerlandesa que as questões controversas devem ser resolvidas inicialmente pelo Ministério Público através do princípio da oportunidade e pelo “pioneirismo” jurisprudencial, lamenta porém que, diferentemente do aborto, que teve idêntico ponto de partida, não se tenha desembocado numa solução legal substantiva, temendo que “la jurisprudencia establezca límites más amplios, dentro de los cuales la terminación activa de la vida pueda tener lugar con impunidad”.

⁹² BERT GORDJIN, RIEN JANSSENS, Op. Cit., p. 308. Acerca da normalização diz-nos porém VAN DER MAAS, “Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands”, p. 15 e ss. que na Holanda é comum a relação médico-paciente ser longa, sendo muito difícil para os médicos acolherem tais pedidos, compreendendo-se assim que “many doctors have decided that this part of life is also their professional responsibility”.

⁹³ É todavia uma tendência mais remota. Mas os números devem ser lidos com cautela na medida em que em muitos casos o doente já não tem capacidade para ser ajudado a suicidar-se e, portanto, aquela não é uma opção real, JOHN GRIFFITHS, “Memorandum”.

⁹⁴ Uma análise dos métodos e dos problemas clínicos inerentes ao suicídio pode ser encontrada em JOHANNA H. GROENEWOUD (Et Al.) “Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands”, pp. 555-556 mas é para evitá-los que o médico deve presenciar e se necessário intervir activamente na morte, calculando-se que em 21 de 114 casos de auxílio ao suicídio o médico teve de injectar uma segunda substância letal em virtude da morte demorar a advir.

suicídio é um “mistério”, que se deve provavelmente à própria construção de um sistema alicerçado no *empowerment* da classe médica e não na emancipação (como nos EUA) do paciente ⁹⁵.

Propõe assim que “o suicídio medicamente assistido deva ser o modo habitual de terminar com a vida e a eutanásia a excepção” ⁹⁶. As razões de tal hierarquização prender-se-iam: a) pela menor rejeição da sociedade da prática do auxílio médico ao suicídio; b) o paciente assume a responsabilidade pela concretização do acto letal, um “compromisso no agir” e não só o consentir a eutanásia, possibilitando uma menor pressão sobre o médico mas sobretudo garantindo-se que o pedido é autónomo e sério, para além de que uma recusa do paciente em dar o “passo letal” sempre mostrará que não “pretende morrer de imediato”; c) haveria maior transparência e controlo, pois a inevitável classificação dos auxílios ao suicídio como mortes não naturais elevaria o controlo para “níveis elevadíssimos”. Concluindo assim GRIFFITHS por uma hierarquização legal do auxílio ao suicídio, só possibilitando-se a eutanásia em determinados casos (mormente de impossibilidade física do paciente) e sempre devidamente justificada ⁹⁷.

1.5.) Directivas Antecipadas de Vontade

O art.2/3.º oferece uma base legal (ciente das declarações de eutanásia, *schriftelijke wilsbeschikking* que já circulavam sem fundamento ⁹⁸) para que os pacientes com 16 anos ou mais e que já não sejam capazes de exprimir a sua vontade possam formulá-la por escrito e, observados que forem os requisitos do art.2/1.º, ser ajudados a

⁹⁵ GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p.107 dizem-nos de resto que tal preterição do auxílio nunca teve nenhum óbice por parte das comissões regionais que consideram que a escolha é do doente.

⁹⁶ É esta de resto a proposta, que o Lord JOFFE apresentou na Câmara dos Lordes em 2003, 2004 e 2006. A *Assisted Dying for the Terminal Ill Bill* (art.1/2.º). Sobre esta proposta de vide HAZEL M. BIGGS, “The Assisted Dying for the Terminally Ill Bill 2004: Will English Law Soon Allow Patients the Choice to Die?”, p. 47 e ss e o Anexo 1.6.

⁹⁷ Inicialmente GRIFFITHS não privilegiava esta preferência *ex lege*. Ciente do quão ténue pode ser a linha que separa a eutanásia do auxílio ao suicídio (estarão aqui quer aquele médico que disponibiliza a substância letal quer aquele que prepara a máquina que permitirá a injeção letal a ser accionada pelo doente), optava por um privilégio via protocolos médicos e pela educação e sensibilização dos médicos. GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., pp.113-114.

⁹⁸ As DAV não vinculativas em matéria de recusa de tratamento médico, v.g. alimentação e hidratação artificial (art.450.3.º do Código Civil e *Medical Treatment Contract Act*) existiam porém desde 1995. Cf. ROBERTO ANDORNO, NIKOLA BILLER-ANDORNO, SUSANNE BRAUER, “Advance Health Care Directives: Towards a Coordinated European Policy?”, p. 216. Diz-nos porém TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., pp. 311-312, que alguma doutrina e o KNMG já aceitavam estas directivas para dispor acerca do fim da vida em casos de doença terminal e de grande sofrimento dado não ser possível o paciente expressar-se de outra maneira.

morrer. É assim possível (antes era proibido aos médicos atender a tais instrumentos legais) que alguém que se vê agora incapacitado, possa aceder à eutanásia, calculando-se que 1% da população neerlandesa já a tenha elaborado ⁹⁹. O artigo em causa foi duramente criticado em sede parlamentar, nomeadamente por remeter para o cumprimento dos requisitos de *due care*, pois como se poderá, por exemplo, aferir o cumprimento do sofrimento insuportável num paciente em coma? ¹⁰⁰ Não obstante, a redacção final corresponde à proposta. Na prática, dado não serem instrumentos vinculativos e, diferentemente de outros preceitos, não resultarem do firmado pela jurisprudência, os médicos continuam a mostrar-se renitentes em aceitar tais DAV ¹⁰¹.

1.6.) Casos Fronteira

Apesar do pedido ser condição essencial para a prática da eutanásia, em certos casos: doentes comatosos e recém-nascidos com malformações graves, onde o sofrimento é insuportável e não há possibilidades de tratamento, a eutanásia poderá ser admissível ¹⁰². São casos residuais, menos de um 1% (em 1990 eram 1000 e em 2005 menos de 500) e que muitas vezes induzem em erro na leitura dos números referentes à *termination of life without request* quando interpretadas como eutanásias involuntárias. Podendo haver casos onde o paciente já foi capaz e formulou (eventualmente através de uma DAV) a sua vontade em ser ajudado a morrer, e onde há um “elemento de autodeterminação” a valorar,

⁹⁹ Para um estudo sobre a incidência das DAV vide METTE L. RURUP (Et Al.), “Frequency and determinants of advance directives concerning end-of-life care in The Netherlands”, p. 1554 e ss

¹⁰⁰ DE HAAN, Op. Cit., pp. 63-64. Partilhando a mesma crítica e acrescentado a lacuna legal que é não prever-se o lapso temporal durante o qual a directiva é válida, Cf. DANIEL SERRÃO, “Eutanásia” p. 252 e ss e WALTER OSSWALD, “Do Oregão aos Países Baixos: viagem à eutanásia”, p. 189 e ss.

¹⁰¹ Uma das razões de menor aceitação das DAV, diz-nos GORDIJN, JANSSENS, Op. Cit., pp. 305-306 é o facto de não saber-se, por exemplo, se a vontade de um doente com *alzheimer* que elaborou tal directiva quando era capaz é idêntica no momento em que a sua capacidade de pedir que o ajudem a morrer já é deficiente ou inexistente. Para além disso, as directivas seriam pouco consentâneas com a profissão médica dado que confrontados com aquelas os médicos seriam meros técnicos de execução sem capacidade de contrariar a aspiração do paciente. LEENEN, Op. Cit., p. 131 considera porém que tal receio é um mal entendido dado que não existe um direito à eutanásia e os requisitos gerais para a sua prática *mutatis mutandi* aplicam-se aqui também.

¹⁰² Quando a abstenção ou interrupção de tratamentos que prolongam artificialmente a vida são considerados objectivamente um acto fútil do ponto de vista médico, tal eutanásia passiva é legítima. Mais difíceis são os casos de coma e de estados vegetativos persistentes onde a consciência perdeu-se em definitivo e a comunicação revela-se impossível e onde não há pedido nem sofrimento. As comissões têm alertado que não existindo uma DAV os médicos devem ser relutantes em praticar a eutanásia nestes casos. Vide GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp. 254-255; GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., p. 130 e ADAMS, WEYERS, Op. Cit., pp. 128-129

ou os casos, ainda mais difíceis, onde o doente nunca foi competente, como o caso dos recém nascidos, da eutanásia precoce ¹⁰³.

1.6.1.) Eutanásia Precoce

Se a eutanásia é admissível em menores com mais de doze anos, a lei não se pronuncia acerca dos bebés e das crianças ¹⁰⁴, sendo fácil perceber as questões difíceis que aqui se colocam e que não permitem que se fale, dada a impossibilidade de um pedido consciente (pese embora a doutrina sublinhar o elevado grau de maturidade que estas crianças têm), de uma eutanásia. Ao lado da “inexistência” de um pedido nos termos supracitados (*maxime* nos neonatos) a própria compreensão de um sofrimento insuportável é de difícil avaliação ¹⁰⁵. A maior parte das eutanásias em neonatos serão eutanásias passivas e ortotanásias, ajudas à morte relativamente consensuais mesmo neste âmbito, bem mais controversa é a regulação da eutanásia activa directa pelo protocolo Groningen desde 2005.

Em 1986 ¹⁰⁶ seria nomeado um grupo de trabalho pela Associação de Pediatras Holandesa que viria a concluir (em 1992) que tal como o neonatologista é responsável pela prolongação artificial de uma vida, certas abstenções e interrupções de tratamentos inúteis fariam igualmente parte dessa responsabilidade, devendo haver uma avaliação da condição do bebé no momento em que a decisão é tomada mas também atender-se às limitações e sofrimento futuros, à sua qualidade de vida vindoura (apresentando-se uma série de critérios indiciadores: comunicação, sofrimento, dependência dos outros, autonomia e

¹⁰³ Havendo capacidade para tal pedido, mas o doente não foi consultado ou negou tal reivindicação, a eutanásia será naturalmente crime, mesmo que o paciente seja incompetente juridicamente, v.g. a recusa por parte de um doente senil impede em absoluto tal prática. TOMÁS Y VALIENTE, Op. Cit., p. 316

¹⁰⁴ Em relação a crianças até aos 12 anos a KNMG, na sequência da reforma da lei belga de 2014, veio considerar que não se pode falar em eutanásia mas sim de fim de vida sem pedido dado que a lei não prevê estes casos, sublinhando que existindo pedido e um profundo sofrimento a eutanásia poderá ser justificada com base do estado de necessidade.

¹⁰⁵ Diz-nos EDUARD VERHAGEN, PIETER J.J. SAUER “The Groningen Protocol - Euthanasia in Severely ill Newborns”, p. 959 que apesar do sofrimento ser um sentimento subjectivo não medível objectivamente, nos bebés a avaliação é deveras difícil mas possível lançando mão de índices de dor fundados em sinais vitais.

¹⁰⁶ Mas desde a década de 80 a eutanásia neonatal deixara de ser um tabu, com o neonatologista VERSLUYS a fomentar o debate público, ao mesmo tempo que surgiam associações de pais com o fito de reivindicar um direito de recusar certos tratamentos nas suas crianças e a ter um papel mais activo. SOFIA MORATTI, “End-of-life decisions in Dutch neonatology”, p. 474 e ss.

desenvolvimento pessoal) ¹⁰⁷. Quanto à questão de em certos casos a abstenção ou interrupção de tratamento implicar que a morte só adviesse após algum tempo e com grande sofrimento, apontava-se como solução os cuidados paliativos, negando-se a possibilidade de recorrer à eutanásia activa directa.

Seriam assim, mais uma vez, os tribunais, em 1995, a possibilitar o recurso à eutanásia activa directa, considerando em dois casos que, tendo sido cumpridos todos os requisitos de boa prática médica (constantes das conclusões ratificadas pela Associação de Pediatras Holandesas), os pais consentido e reportados devidamente às autoridades os óbitos como não naturais, os médicos encontravam-se num dilema entre dois imperativos éticos, de um lado salvar uma vida e de outro aliviar o sofrimento, o que consubstanciava uma situação de estado de necessidade nos termos do art.40.º *WvS* ¹⁰⁸.

Em 2005 ¹⁰⁹ os pediatras EDUARD VERGAHEN e PIETER SAUER do hospital pediátrico de Groningen na sequência do estudo, entre 1997 e 2004, de 22 casos de eutanásia (nenhum perseguido criminalmente) apresentariam o protocolo de Groningen. Nascido da colaboração com o procurador local, visa-se assim que um médico que ponha deliberadamente fim à vida de um bebé, de acordo com uma série de condições de boa prática médica (tributários dos gizados pela jurisprudência) e comunique-o ao Ministério Público não seja perseguido criminalmente.

O protocolo estabelece antes de mais uma correlação entre a condição médica do bebé e as possibilidades de ajuda à morte admissíveis, considerando para o efeito três grupos: Grupo 1, bebés que não sobreviverão sem os cuidados intensivos e tratamentos de prolongamento artificial de vida (v.g. subdesenvolvimento dos pulmões, dos rins), nestes casos seria indicada como boa prática médica a abstenção ou interrupção de tratamento; Grupo 2, bebés com um prognóstico bastante reservado mas que poderão, teoricamente, graças a cuidados intensivos, sobreviver (v.g. bebés extremamente prematuros), dada a fraca qualidade de vida e sofrimento futuro expectável, aconselha-se também uma política

¹⁰⁷ VERHAGEN, SAUER, “End-of-Life Decisions in Newborns: An Approach from the Netherlands”, p. 737.

¹⁰⁸ Para uma descrição dos dois casos (de Abril e Novembro de 1995 e onde o Ministério Público não interpôs recurso para o Supremo) veja-se SOFIA MORATTI, Op. Cit., p. 484, concluindo que a prática da eutanásia activa directa quando obedece aos *due care* formulados pela Associação de Pediatras, visa pôr fim a um sofrimento profundo para o qual nem os cuidados paliativos bastam, existe consentimento dos pais, a morte é devidamente comunicada ao Ministério Público como não natural, é consultado um segundo médico independente e existe uma discussão com toda a equipa (incluindo os enfermeiros), possa consubstanciar uma situação de estado de necessidade.

¹⁰⁹ Um tratamento estatístico relativo a este período pode ser encontrado em AGNES VAN DER HEIDE (Et Al.), “Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands”, p. 251 e ss.

de não tratamento dada a compreensão de que tais actos serão fúteis, devendo tal decisão, norteada pelo superior interesse da criança, ser alcançada juntamente com os pais; Grupo 3, bebés que não dependem dos cuidados intensivos ou outra tecnologia médica, mas estão numa situação de forte, crónico e não tratável sofrimento (v.g. *spina bífida* na sua forma mais grave) ¹¹⁰, só nestes casos extremos, onde a morte natural só adviria após enorme sofrimento, a eutanásia é admissível cumprindo-se os seguintes *due care*: a) há um elevado grau de certeza no prognóstico e diagnóstico; b) a criança sofre de forma insuportável e sem esperanças de melhoria, não existindo outros tratamentos médicos; c) a condição é tão grave que a prolongação da vida seria classificada enquanto acto médico fútil (nos termos do relatório da Associação de Pediatras Holandeses de 1992); d) o médico informa os pais do diagnóstico e prognóstico e estes devem concordar que não existe outra solução aceitável para aliviar o sofrimento; e) pelo menos um médico independente, ou uma equipa multidisciplinar, deve ser consultada, analisar o bebé e concordar com o diagnóstico, prognóstico e avaliação do sofrimento feito pelo médico; f) o fim da vida reger-se-á de acordo com a *lex artis* médica ^{111 112}.

Em 2005 a Associação de Pediatras Holandeses aceitou o protocolo Groningen e o Governo nomeou por fim uma comissão de peritos acerca do fim de vida em neonatologia a quem os médicos reportarão os casos e cujas conclusões, acerca do cumprimento dos *due*

¹¹⁰ VERHAGEN, SAUER, consideram que estarão também neste Grupo 3 onde “that death would be more humane than continuation of life” crianças do Grupo 2 que sobreviveram graças aos cuidados intensivos mas onde tornou-se óbvio que a sua qualidade de vida será pobre.

¹¹¹ Para além dos requisitos gerais o protocolo aponta ainda informações específicas que devem ser comunicadas às autoridades no que toca ao diagnóstico e prognóstico, à decisão de eutanásia, à consulta com o segundo médico. Cf. VERHAGEN, SAUER, “The Groningen...”, p. 961, *Table 2*.

¹¹² De perto, SOFIA MORATTI, Op. Cit. pp. 485-488, mostrando-se concordante com a regulação na medida em que a eutanásia é a última solução e recusando ainda a crítica acerca dos critérios de aferição de qualidade de vida na medida em que resultam de dois relatórios, com mais de uma década, da Associação de Pediatras mobilizados em todos os casos conhecidos. Já JOSÉ MANUEL MORENO VILLARES, MARÍA JOSÉ GALIANO SEGOVIA, “¿La eutanasia en niños en Holanda: El final de un plano inclinado?”, p.352 e ss. criticam este protocolo fazendo um paralelismo com a eutanásia nazi, considerando ainda que o requisito sofrimento insuportável é demasiado subjectivo e difícil de ser aferido num bebé, devendo sim lançar-se mão dos cuidados paliativos. KATE COSTELOE, “Euthanasia in neonates”, p. 913 critica ainda o efeito negativo que tal prática terá nas equipas médicas e a indução aos pais que são um fardo para os serviços médicos e sociais do Estado.

care, serão encaminhadas para o Ministério Público a quem cabe decidir da acusação ¹¹³
114.

1.6.2) Eutanásia em pacientes com demência e outras doenças psiquiátricas

Igualmente difíceis são os casos de doentes psiquiátricos e que merecem grande reserva por parte da classe médica. Se o caso Chabot trilhou a possibilidade da eutanásia em casos de doenças não somáticas, o caso Brongersma veio mostrar que os limites aqui existem e são rigorosos. Na sequência do acórdão de 1994, e após consulta com os seus membros, a Associação Holandesa de Psiquiatria elaborou uma *guideline* (revista em 2009), nitidamente tributária dos ensinamentos do *Hoge Raad*, e em 2001 o KNMG nomearia uma comissão para estudo dos pedidos de eutanásia motivados pelo cansaço existencial e concluiria que, normalmente, tal sofrimento estava associado a múltiplos problemas médicos, recomendando aos médicos uma leitura mais abrangente do conceito de sofrimento de modo a considerar que o cansaço de viver seria um dado importante e tendo sempre como horizonte o princípio da subsidiariedade (orientação reiterada num parecer da KNMG de 2011). A questão voltaria a ser discutida em 2011, com a proposta do psiquiatra POLAK de simplificar os requisitos mas, actualmente, quer a Associação Holandesa de Psiquiatria quer a KNMG advertem para a excepcionalidade da eutanásia e para a necessidade de especiais cautelas (v.g. pelo menos dois psiquiatras e envolvimento de médicos independentes na análise) ¹¹⁵.

Do mesmo modo, as comissões, recomendaram grande cautela no cumprimento dos quesitos e uma avaliação aprofundada dada a dificuldade em aferir se o pedido é verdadeiramente consciente e racional, devendo o médico analisar se o paciente consegue

¹¹³ GRIFFITHS, EYERS, ADAMS, Op. Cit., p.327 consideram que a comissão dará um precioso contributo para o desenvolvimento e transparência, pese embora “a single institution presiding alone over a very sensitive and difficult area of normative development and control has its dangers”.

¹¹⁴ Para dados numéricos, veja-se SOFIA MORATTI, Op. Cit., p. 489 e ss (Anexo 2.3.) sempre se dirá que entre 1995 e 2005 a cifra de 1% (entre 10 a 20 mortes) de óbitos causada pela administração de drogas com a intenção directa de causar a morte manteve-se. Vide ainda FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 69 e ss.

¹¹⁵ HANS POLS, STEPHANIE OAK, “Physician-assisted dying and psychiatry: Recent developments in the Netherlands”, p.508 e ss. GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS sublinham ainda que esta consulta com dois médicos psiquiatras pode mesmo impedir a prática da eutanásia, se na consulta com o primeiro psiquiatra houver um diferendo fundamental e passe a ser necessário a segunda consulta que será determinante. Note-se todavia que a maior parte dos psiquiatras mostra-se reticente por considerar que a eutanásia neste tipo de doenças é contrária às finalidades primárias da Psiquiatria.

compreender informações relevantes, se tem uma argumentação consistente, frisando ainda que para efeitos da segunda consulta deverá recorrer-se a vários especialistas, *maxime* um psiquiatra ¹¹⁶ e ainda que a consciência da deterioração futura poderá ser considerada um sofrimento insuportável ¹¹⁷.

JOHN GRIFFITHS, HELEEN WEYERS, MAURICE ADAMS, acrescentam porém que o quesito mais importante nestes casos deve ser o sofrimento insuportável, que apesar de ser uma experiência subjectiva terá de ser “understandable” para o psiquiatra. Por outro lado, é ponto assente que, diferentemente dos caso de doenças somáticas, o princípio da subsidiariedade inerente à prática da eutanásia exige que o doente não possa recusar as propostas de tratamento quando estas ofereçam uma razoável hipótese de sucesso num lapso temporal razoável e é comumente aceite que deve ser dada preferência ao auxílio ao suicídio ¹¹⁸.

Não obstante é inegável o crescente apoio popular à eutanásia nestes casos e o crescendo da discussão em torno da relevância do sofrimento existencial, e é com este movimento de fundo que deve ser lida a proposta (visando especialmente os mais idosos) de HUIBERD DRION, em 2001, de uma pilula (*Drion's pill*) que ao ser tomada em duas fases garantia uma decisão devidamente ponderada e uma morte digna no momento que se considerasse oportuno, o que a KNMG, cedo condenou, sublinhado que o sofrimento que possa existir nestas doenças (sobretudo na demência) tem resposta nos cuidados paliativos ¹¹⁹.

Igualmente reduzida é a aceitação de DAV nestes casos. Todavia em 2011 um doente com *alzheimer* graças a uma DAV foi eutanasiado tendo a comissão regional

¹¹⁶ GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 115 ss, enumeram três características para poder falar-se de um pedido devidamente ponderado: a) há uma clara opção pela morte (sem prejuízo de alguma ambivalência na análise dos prós e contras e do inevitável medo da morte); b) é o resultado de um processo de formação da decisão onde o doente foi devidamente informado da sua situação e prognóstico, e possui, apesar da doença, a capacidade para optar entre vida e morte e para fundamentá-lo; c) reflecte um desejo duradouro, persistente e reiterado, inclusive, expresso ante terceiros.

¹¹⁷ BERGHMANS, WIDDERSHOVEN, Op. Cit., pp. 117-119. Em 2010 apenas dois casos foram notificados à comissões, mas em 2012 o número era já de 14. Vide POLS, OAK, Op. Cit., p. 508 e JOHANNA H. GROENEWOUD (Et Al.), “Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands”, p. 1796 e ss.

¹¹⁸ GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 117.

¹¹⁹ Veja-se CHRIS GASTMANS, JAN DE LEPELEIRE, “Living to the bitter end? A personalist approach to euthanasia in persons with severe dementia”, p. 79 e ss. e CEES HERTOOGH (Et Al.), “Would we rather lose our life than lose our self? Lessons from the dutch debate on euthanasia for patients with dementia”, p.51 e ss.,

considerado que o acto foi apropriado e cuidadoso ¹²⁰. O caso gerou ampla discussão na doutrina e entre os médicos e obrigou o KNMG a pronunciar-se com orientações vinculativas e mais restritivas que a lei no sentido dos médicos não praticarem uma eutanásia quando o doente que elaborou a DAV já não seja capaz de comunicar, levando a que nesta matéria as DAV sejam *dead letter*.

1.7.) Novas Perspectivas

São vários os sinais reveladores de que os holandeses tendem crescentemente a considerar ter um direito à eutanásia, só assim compreende-se as propostas de CHABOT e VINK de um auxílio ao suicídio não médico, da difusão de técnicas para alcançar-se uma morte por recusa de comida e bebida ¹²¹ ou a iniciativa popular *Voltooid Leven* (Vida Plena) que propunha a eliminação na lei do requisito da existência de uma doença, a disponibilização do auxílio ao suicídio para quem tivesse mais de 70 anos e a substituição dos médicos por *suicide counsellors* (chumbada em 2012 pelo Parlamento considerando que a lei oferecia uma resposta adequada).

São movimentos minoritários mas preocupantes que na compreensão de VAN DELDEN, pressupõem um novo paradigma, da eutanásia enquanto escolha, do “não viver com sofrimento e declínio, mesmo que a sofrimento seja controlável” ¹²². Se para muitos tal é ilustrativo *da slippery slope* ¹²³, VAN DELDEN não deixa de frisar que para outros o ênfase está na autonomia do paciente, numa emancipação em relação ao médico. Já num artigo de 2004 a visão positiva daquele autor sofre um recuo, na medida em que o caminho para uma autorregulação da morte é óbvia, alertando que tais movimentos devem ser limitados para “evitar-se consequências indesejáveis” e lembrando que o facto de não consagrar-se um direito à eutanásia revela que ela é considerada como uma solução de último recurso ¹²⁴.

¹²⁰ Outro caso consta do relatório anual de 2004. TONY SHELDON, “Dutch approve euthanasia for a patient with Alzheimer’s disease”, p. 1041.

¹²¹ É a chamada auto-eutanásia. Cf. POLS, OAK, Op. Cit., p. 512; GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 182 e ss.

¹²² JOHANNES VAN DELDEN, “Slippery slopes in flat countries – a response”, p. 23.

¹²³ Veja-se WALTER OSSWALD, “Sobre a Morte e o Morrer”, pp. 59-60 e VEJA GUTIÉRREZ, ORTEGA, Op. Cit., p. 98 e ss.

¹²⁴ JOHANNES VAN DELDEN, “Pays-Bas - L’euthanasie comme ultime recours”, p. 69 e ss. Interessante é a sua crítica de que a Holanda construiu uma lei fundada em casos particulares, se para muitos essa

Igualmente preocupante é o número (avançado por CHABOT) de que nos casos de recusa 4400 doentes suicidam-se e o facto de recorrer-se à sedação terminal, a falsas ortotanásias, para evitar a comunicação de uma eutanásia ¹²⁵. Por outro lado, contrariando a imagem não raras vezes dada da Holanda, são vários os estudos que apontam para um processo de preparação (*euthanasia talk*) para uma “boa morte” entre familiares e amigos, para um fim de vida muitas vezes inexistente num mundo ocidental de mortes “solitárias” e rodeadas da parafernália das máquinas hospitalares ¹²⁶.

construção jurisprudencial é um dos pontos positivos, para VAN DELDEN “cette situation est à l’origine d’une situation d’incertitude et de trouble pour les patients comme pour les médecins”.

¹²⁵ VAN DELDEN, Op. Cit., pp. 23-24. Sobre as falsas ortotanásias e a necessidade de discutir os cuidados paliativos com o paciente, família e outro médico (calculando-se que em cerca de 41,2% dos casos tal não ocorre), veja-se BERNARD LO, “Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere?”, p. 869 e ss.

¹²⁶ POLS, OAK, Op. Cit., pp.507-508 e GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp.185-186, cerca de um 1/3 das mortes ocorrem na casa do doente e a *euthanasia talk* obedece a certas regras, v.g. o reiterar do pedido exige pausas e um pedido nos termos: “quero morrer” é errado na medida em evidenciará intuítos suicidas ou depressão.

CAPÍTULO 2

A BÉLGICA

1.1.) Do Parecer do Comité de Bioética ao Projecto de Lei

Embora a doutrina aponte o Parecer n.º1 de 12 de Maio de 1997 acerca da conveniência de um reconhecimento legal da eutanásia do Comité Consultivo de Bioética Belga como o despoletador da descriminalização, existem contributos mais remotos. Não obstante poucos ou nenhuns casos jurisprudenciais serem conhecidos (e nenhuma condenação)¹²⁷, desde 1983 várias propostas de lei haviam sido apresentadas sem que nenhuma tivesse sido bem sucedida. Igualmente importante foi a criação em 1980 de duas associações pró eutanásia, a *Recht op Waardig Sterven* na região de Flandres (de expressão neerlandesa) e a *Association pour le Droit de Mourir dans le Dignité* na região francófona da Valónia, todavia o contributo de ambas foi tímido ¹²⁸.

Com a discussão parlamentar e pública em crescendo, as insuficiências da regulação legal tornaram-se cada vez mais óbvias. A Constituição ¹²⁹ era omissa, não existiam casos jurisprudenciais (que mobilizasse v.g. a figura do estado de necessidade) e se o Código Deontológico da Ordem dos Médicos proibia expressamente (art.95.º) a eutanásia activa directa (a eutanásia passiva e a ortotanásia eram e são legítimas) o Código Penal não previa o homicídio a pedido, podendo desse modo uma eutanásia ser punida enquanto homicídio (art.393.º), assassinato (art.394.º) ou envenenamento (art.397.º). Por outro lado, não estava previsto o crime de auxílio ao suicídio, sendo tal conduta punível, de forma indirecta, através do art.422bis.º e 422ter.º (crime de omissão de auxílio a uma pessoa em grave perigo) ¹³⁰.

¹²⁷ YVON ENGLERT, “Belgique – L’évolution du débat”, pp. 17-18, dá-nos conta de que desde 1998 foram vários os casos que suscitaram a discussão pública: a prisão preventiva de dois médicos do Hospital de Liège, o de uma enfermeira acusada da morte dos pais em Anvers, mas o primeiro caso conhecido (o de uma criança nascida sem pernas e braços) remonta a 1950. Cf. ROLAND LEMYE, “Opinion of the Belgian Medical Association About the Law Referring to Euthanasia”, p. 71.

¹²⁸ GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 276 e ss.

¹²⁹ A Constituição “não enuncia de forma expressa um direito à vida e não consagra explicitamente um direito à morte”. GENEVIÈVE SCHAMPS, “La réglementation belge relative à la fin de vie: L’euthanasie – Les soins palliatifs”, p. 294

¹³⁰ HERMAN NYS, “Physician assisted suicide in Belgian law”, p. 40.

Assim, em 1996, os presidentes da Câmara dos Representantes e do Senado convidam o Comité de Bioética ¹³¹ a pronunciar-se acerca de uma regulamentação dos pedidos de ajuda à morte por parte de doentes incuráveis, dos cuidados paliativos e das DAV. O *I avis concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie* seria entregue em 12 de Maio de 1997 ¹³².

O Comité começa por delimitar o que está em discussão: casos de pacientes com doenças incuráveis e cuja ajuda à morte será levada a cabo por um médico, oferecendo e consolidando a noção de eutanásia activa directa: “acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci” ¹³³. Não se chegaria porém a um consenso, tendo surgido quatro propostas distintas: *a)* descriminalização da eutanásia mediante o cumprimento de certas condições; *b)* manutenção do crime de eutanásia, mas defendendo-se a instituição de um procedimento de controle *a posteriori* de modo a aferir se o caso preenchia os pressupostos de um estado de necessidade; *c)* instituição de um procedimento de controle *a priori* para todas as decisões acerca do fim da vida numa lógica de repartição de responsabilidades entre médico e paciente, sendo que no caso de eutanásia acrescia a possibilidade de um controlo judiciário *a posteriori*; *d)* manutenção do *status quo* ¹³⁴.

Apesar do Comité ter concluído que “ne pas pouvoir et ne pas devoir trancher dans un débat où les orientations éthiques et les conceptions de la vie sont fondamentalement divergentes”, o parecer promoveu um importante debate no Senado em Dezembro de 1997 que culminaria na decisão de continuar a discussão na Comissão de Justiça e Assuntos Sociais e no pedido de um parecer ao Comité de Bioética acerca da eutanásia activa em pessoas incapazes de exprimir a sua vontade, entregue em Fevereiro de 1999 ¹³⁵. Neste *avis n.9 du Comité consultatif de bioéthique relatif à l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté* os membros não chegaram nem ao

¹³¹ O Comité Consultivo de Bioética Belga foi criado em 1993 com a finalidade de oferecer recomendações e informação à sociedade e às entidades governamentais em matérias ligadas à biologia, medicina e cuidados de saúde de um ponto de vista ético, social e jurídico. MAURICE ADAMS, HERMAN NYS, “Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002”, p. 355.

¹³² ENGLERT, Op. Cit., p. 17 e BERT BROECKAERT, “Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia”, p. 95 e ss.

¹³³ Noção que corresponde à proposta pela primeira Comissão Estatal Holandesa sobre a Eutanásia. HERMAN NYS, “A Presentation of the Belgian Act on Euthanasia Against the Background of Dutch Euthanasia Law”, pp.240-241; BROECKAERT, Op. Cit., p. 96.

¹³⁴ BROECKAERT, Op. Cit., pp. 96-97; SCHAMPS, Op. Cit., pp. 292-293.

¹³⁵ Entre 1997 e 1999 a discussão manteve-se num impasse, não obstante dois senadores terem avançado com uma nova proposta de lei. BROECKAERT, Op. Cit., p. 97,

consenso nem à tentativa de convergência de opiniões que o primeiro denota, discernindo-se três propostas distintas: *a)* o reconhecimento legal da eutanásia activa para pacientes incompetentes numa situação irremediável em três situações: *i)* o paciente elaborou uma DAV e/ou nomeou um representante; *ii)* se o paciente nunca foi competente o médico poderá considerar a ajuda à morte atendendo ao pedido dos representantes legais e com o acordo da equipa prestadora de cuidados; *iii)* se o paciente não elaborou uma DAV a ajuda à morte pode ser justificada com base no estado de necessidade, mas a eutanásia activa directa não é recomendável; *b)* criação de um procedimento *a priori* para controle das DAV não devendo haver lugar à eutanásia activa directa; *c)* proibição de uma ajuda activa à morte em doentes incompetentes.

Seriam porém as eleições de Junho de 1999 que abriam caminho à regulação da eutanásia, alcançada, de forma surpreendente, em Dezembro de 1999, com a reunião de cinco propostas de senadores da coligação de liberais no poder ¹³⁶. A proposta visava que um médico que praticasse uma eutanásia na observância dos requisitos estatuídos pela lei não pudesse ser acusado de homicídio, assassinato ou envenenamento, devendo o paciente ser competente, consciente e o pedido de eutanásia ser explícito, reiterado e duradouro. Já a doença grave e incurável não teria de ser terminal mas deveria causar um contínuo e insuportável sofrimento ou desconforto (inclusive um sofrimento não somático). Em relação a quesitos procedimentais observar: *a)* o médico deveria informar o doente acerca de todos os aspectos da sua condição e das possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos; *b)* consultar outro colega sobre o carácter incurável da doença; *c)* nos casos de doentes incompetentes, a eutanásia só seria possível se existisse uma DAV ou houvesse sido nomeado um procurador; *d)* deveria ainda informar a Conservatória e o Ministério Público da prática da eutanásia ¹³⁷.

A proposta seria votada em Fevereiro de 2000, mas em virtude das fortes críticas decidiu-se adiar a votação e ouvir cerca de 40 pessoas na Comissão de Justiça e de Assuntos Sociais do Senado. Firmou-se assim um vasto consenso acerca da importância dos cuidados paliativos e, em Novembro de 2000, os senadores iniciaram nova discussão, apresentando mais de 600 emendas ¹³⁸. Da proposta emendada e concluída em Março de

¹³⁶ Sobre isto Ibidem, pp. 99-100 e JAVIER VEJA GUTIÉRREZ, “La práctica de la eutanasia en Bélgica y «pendiente resbaladiza»”, p. 74.

¹³⁷ BROECKAERT, Op. Cit., pp. 100-101

¹³⁸ Ibidem, pp.102-103. Nesse mesmo ano, motivado pelos pareceres do Comité, o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, num parecer de 15 de Janeiro de 2000, admite que em certas circunstâncias

2001 deve destacar-se a queda do art.8.º que previa um aditamento ao art.417.º do Código Penal consagrando a possibilidade de considerar que um médico que praticasse uma eutanásia se encontrasse num estado de necessidade, limitando-se a proposta emendada a considerar que cumpridos que fossem os requisitos o médico não cometeria nenhum ilícito criminal ¹³⁹.

Em 20 de Março de 2001 a proposta emendada seria aprovada na Comissão de Justiça e Assuntos Sociais em conjunto com uma proposta de lei em matéria de cuidados paliativos ¹⁴⁰. A 17 de Julho de 2001 o *Conseil d'État* pronunciou-se acerca da compatibilidade da proposta com o art.2.º da CEDH e com o art.6.º do Pacto Internacional relativo aos direitos civis e políticos de 11 de Dezembro de 1966, considerando-a conforme na medida em que: *a)* tais artigos não obrigam os Estados a proteger a vida em todas as circunstâncias e contra a vontade do titular; *b)* que a obrigação positiva dos Estados de protegerem a vida humana deve ser sopesada com outros direitos (v.g. direito à autodeterminação, o direito ao respeito pela vida privada e familiar) e tratando-se de conciliar concepções éticas opostas, o juiz e o intérprete devem “respecter le pouvoir d’appréciation du législateur et ne pouvant se substituer à lui”; *c)* as condições e os limites traçados pela lei (“elle est pratiquée à la demande de l’intéressé, qu’elle constitue l’aboutissement d’une procédure déterminée et que la proposition de loi prévoit un contrôle automatique *a posteriori*”) são essenciais para poder afirmar-se que não há violação daqueles preceitos ¹⁴¹.

excepcionais um médico pode ser colocado ante um conflito de deveres e embora não se tenha pronunciado a favor ou contra, acrescenta que, nas últimas décadas, nenhum médico fora perseguido criminal ou disciplinarmente, não obstante existirem confissões da prática sucessiva de eutanásias. ENGLERT, Op. Cit., pp. 18-20 e FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 167.

¹³⁹ O art.417*bis* teria a seguinte redacção : “Il n’y a ni crime ni délit lorsque les faits visés aux articles 393 à 397 ont été commis par un médecin, et commandés par la nécessité de mettre fin à la souffrance ou à l’état de détresse, constant, insupportable, et inapaisable, d’un patient atteint d’une affection incurable, pour autant que le médecin ait respecté les conditions et procédures énoncées dans la loi relative à l’euthanasie”. ETIENNE MONTERO, “Legalização da eutanásia: os argumentos para o debate”, pp. 28-31 ensina-nos que o estado de necessidade na Bélgica é uma “noção forjada pela jurisprudência sobre o fundamento do art.71.º do Código Penal”, ou seja, entre dois males, escolhe-se “o menor, mesmo se este constitui em princípio uma infracção, com a condição de que o acto considerado seja proporcionado ao bem que se pretende preservar ou ao mal que se pretende evitar”, considerando porém que só justificará a ortotanásia e não a eutanásia activa directa dado que neste caso elimina-se a vida para suprimir o sofrimento, não se podendo sacrificar um bem supremo e “condição de suporte de todos os outros bens”, assim, nos casos de eutanásia motivada por compaixão, o juiz poderá somente “aligeirar a pena”.

¹⁴⁰ Sobre os três estudos estatísticos (muitos discutíveis) elaborados nesta altura veja-se GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp. 331-334 e PENNEY LEWIS, “Euthanasia in Belgium Five Years After Legalisation”, p. 130 e ss.

¹⁴¹ SCHAMPS, Op. Cit., pp. 294-295; YVES-HENRI LELEU, GILLES GENICOT, “L’Euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas - Variations sur le thème de l’autodétermination”, pp. 16-18.

Já em relação à não previsão do auxílio ao suicídio aquele alto tribunal admite não compreender tal omissão, na medida em que deveria ser possível sempre que fossem observados os requisitos para a prática de uma eutanásia, acrescentando que à luz dos princípios da igualdade e da não discriminação o auxílio médico ao suicídio sempre seria possível nos termos definidos para a eutanásia, recomendando a previsão *ex lege* ¹⁴².

1.2.) A Lei relativa à eutanásia de 28 de Maio de 2002

Em Outubro de 2001 a proposta emendada seria aprovada no Senado e desceria à Câmara dos Representantes onde, a 16 de Maio de 2002, seria aprovada, entrando em vigor em Setembro desse ano. A lei atesta um triplo compromisso do legislador: *a)* o direito do paciente com uma doença grave e incurável decidir autonomamente acerca do fim da sua vida “enquanto expressão da sua dignidade”, *b)* pôr fim às práticas eutanásicas clandestinas, fomentando a transparência; *c)* garantir a protecção e segurança jurídica do paciente e do médico ¹⁴³. E deveras significativo é o facto da lei enquadrar-se num “pacote legislativo” com a lei relativa aos cuidados paliativos de 14 de Junho de 2002 e a lei relativa aos direitos dos pacientes de 22 de Agosto de 2002 ¹⁴⁴.

Definindo eutanásia como “l’acte pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d’une personne à la demande de celle-ci” (art.2.º) a lei não regula ou abrange o auxílio ao suicídio o que, nas palavras de HERMAN NYS, é surpreendente pois as

¹⁴² GENEVIÈVE SCHAMPS, “La fin de vie - soins palliatifs et euthanasie – en droit belge: Situation actuelle et perspectives”, p. 132; SCHAMPS, “La réglementation belge...”, p. 300.

¹⁴³ SCHAMPS, “La fin de vie...”, p.130. Diga-se ainda que a precisão que a lei procura não visa apenas a segurança jurídica é também o resultado de não existir uma codificação dos desenvolvimentos jurisprudenciais. Como sintetiza NYS, “A Presentation of...”, p. 239 e ss se a lei holandesa é “a ponta do iceberg”, na Bélgica a lei não limitou-se a codificar uma prática existente, procurou uma modificação.

¹⁴⁴ A lei relativa aos cuidados paliativos (definidos no art.2.º) funda-se no direito do paciente em obter informação em relação ao seu estado de saúde, no acesso aos cuidados paliativos e no consentimento livre e esclarecido (Cf. art.7.º). JAN BERNHEIM (Et Al.), “Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?”, pp. 864-865, dizem-nos que a regulação da eutanásia na Bélgica afasta o argumento de que aquela entrava o desenvolvimento dos cuidados paliativos e que os fundadores da rede de cuidados paliativos belga (BERNHEIM e ROELANTS) configuraram um modelo em que a eutanásia era um pressuposto aquando a incapacidade dos cuidados. Relativamente à lei relativa aos direitos dos pacientes (de iniciativa governamental) e norteada por uma relação mais igualitária entre médico e paciente, tem também como trave mestra o direito à informação (art.7.º) por parte do paciente e a crucialidade do consentimento (art.8.º), notando SCHAMPS, “La fin de vie ...”, p. 126 e ss. que embora se consagre expressamente o direito do paciente em beneficiar de cuidados paliativos, os mesmos não são impostos, pois o art.8.§4.º prevê o direito à recusa ou a retirar um consentimento previamente dado a um tratamento (definidos no art.2/2.º). GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp. 298-300 e “Les Droits du Malade en Fin de Vie”, p. 21-22. Acrescente-se que por força deste pacote legislativo o art.95.º do Código de Deontologia Médica foi alterado.

diferenças são irrelevantes e “mínimas”. A omissão foi todavia deliberada e deve-se não ao facto do Código Penal não criminalizar o auxílio ao suicídio (pois é punível de forma indirecta através do crime de omissão de auxílio, sendo discutível nestes casos a presunção de que quem procura cumprir um plano de suicídio encontra-se *tout court* em perigo), mas sim fruto das particularidades do processo legislativo: a extremização de posições criou a ideia que o auxílio ao suicídio seria apenas um homicídio a pedido sem observância de quaisquer requisitos. Ciente de tal confusão um deputado ainda tentou propor emendas à proposta mas “o tempo para fazer escolhas havia passado” ¹⁴⁵.

Não obstante este silêncio legal e a inexistência de respostas jurisprudenciais, vedar o auxílio ao suicídio (e levar a que em teoria um médico que o pratique seja perseguido criminalmente) sempre violará os princípios da não discriminação e da igualdade (art.10.º e 11.º da Constituição), cabendo aos tribunais, lançando mão do elemento teleológico e histórico, interpretar a lei no sentido de que o auxílio ao suicídio é admissível se praticado por um médico com observância dos requisitos estatuídos para a eutanásia ¹⁴⁶. É de resto a posição da Comissão Federal de Controlo da Eutanásia, que desde o seu primeiro *rapport* (de 17 de Setembro de 2004) considera “comme régulière une euthanasie pratiquée sans que le médecin injecte lui-même le produit létal, mais le fait ingérer par le patient”, pois a lei não impõe “a maneira como a eutanásia deve ser praticada”. Não deixando de sublinhar que nesta “modalidade” a presença de um médico é igualmente essencial, devendo “controlar” o processo até aos seu *terminus* ¹⁴⁷.

O legislador belga ao optar pela discriminação da eutanásia ¹⁴⁸ mediante certas condições e procedimentos constantes de uma lei especial, não alterando o Código Penal, procurou dois objectivos, um de natureza simbólica: manter intocado o princípio de

¹⁴⁵ NYS, “Physician assisted...”, pp. 39-41; NYS, “A Presentation of...”, pp. 241-242, considerando ainda que este silêncio legal pode dever-se à falta de “necessidade social”.

¹⁴⁶ LELEU, GENICOT, Op. Cit., pp. 14-15; SCHAMPS, “La réglementation belge...”, p. 299. Já considerando que tal leitura vai contra a *littera* da lei, vide MONTERO, “La dimensión...”, pp. 8-9.

¹⁴⁷ SCHAMPS, “La réglementation belge...”, pp. 298-299 ; M. ENGLERT, B. HANSON, D. LOSSIGNOL, “Deux années d’euthanasie dépenalisée en Belgique: comparaison avec les Pays-Bas. Premier bilan d’une unité de soins palliatifs”, p. 149 e M. ENGLERT, “La pratique dépenalisée de l’euthanasie en Belgique: évolution de 2002 à 2005 et interprétation des différences entre le Nord et le Sud du pays”, p. 427. É também essa a posição da Ordem dos Médicos (Avis de 22 de Março de 2003).

¹⁴⁸ Como se depreende da noção de eutanásia constante do art.2.º a lei não considera eutanásia quer a eutanásia passiva quer a ortotanásia, a propósito desta o *Conseil d’État* no seu *Avis* de 2001 enquadrou-a no quadro de tratamentos médicos admissíveis. É de resto, a posição do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos e da Comissão Federal de Controlo, não deixando esta última de alertar que o uso de doses elevadas de morfina e outras substância sedativas quando visem, não o controlo e a atenuação da dor, mas acelerar o processo morte consubstancia uma eutanásia sujeita aos ditames da lei. SCHAMPS, “La réglementation belge...”, pp. 297-298 e SCHAMPS, “La fin de vie...”, pp. 133-135.

proibição de atentar contra a vida, considerando “de mauaise politique de tempérer pour le seul cas de l’euthanasie”, e um objectivo mais técnico: seria uma alteração muito específica com riscos de perturbar a economia do *Code Pénal* ¹⁴⁹.

Importa então analisar os requisitos legais que permitem a *dépénalisation partielle* da eutanásia (art.3.º) e que justificam (art.15.º) a classificação de tal morte como natural. Antes de mais, a eutanásia deve ser levada a cabo por um médico ¹⁵⁰ (v.g. não pode haver delegação na equipa de enfermagem), estatuidando o art.3§1.º os três requisitos substantivos: a) o paciente deve ser maior (18 anos) ou um menor emancipado ¹⁵¹ ou ainda (desde a reforma de 28 de Fevereiro de 2014) um menor dotado de capacidade de discernimento e consciente no momento em que formula o pedido; b) existência de um pedido expresso de forma voluntária, reflectida, reiterada e que não seja o resultado de uma pressão exógena; c) o paciente encontra-se numa situação médica irrecuperável em sofrimento físico e psicológico constante, insuportável, não apaziguável e resultante de uma afecção acidental ou patológica grave e incurável.

Aprofundando tais quesitos. Em relação ao a) deve dizer-se que a lei não exige que o paciente tenha a nacionalidade belga ou sequer resida no país ¹⁵², por outro lado, com a alteração de 2014 este preceito deixou de fundamentar a proibição da eutanásia em menores, mantendo-se a impossibilidade de aceder ao pedido de pessoas juridicamente incapazes ou incapazes de facto (v.g. doentes comatosos, dementes). Já os casos fronteira,

¹⁴⁹ O legislador procurou ainda acatar a posição desfavorável do *Conseil d’État* a alterações no Código Penal. Mas como salienta LELEU, GENICOT, Op. Cit., p. 22, n. 72 esta opção em detrimento do estado de necessidade não obsta a que este conceito mantenha a sua utilidade nos casos de uma eutanásia praticada fora do quadro legal, v.g. de não cumprimento de todos os requisitos legais.

¹⁵⁰ Se na Holanda a tese da eutanásia enquanto “normal medical act” não procedeu, na Bélgica parece haver uma maior discussão acerca do *status* da eutanásia, lançando-se mão da exigência de ter de ser praticada por um médico para fundamentar tal compreensão, todavia como diz NYS, “A Presentation of...”, p. 243 se a eutanásia fosse um acto médico normal todos estes requisitos seriam supérfluos dado que seria regulada pela legislação relativa à actividade médica, concluindo que a defesa de tal tese prende-se sobretudo com a procura de reforçar a autonomia dos médicos ante as grandes limitações à prática da eutanásia por parte de certos hospitais.

¹⁵¹ A emancipação pode ocorrer a partir dos 15 anos através do casamento ou através de sentença. Cf. RAPHAEL COHEN-ALMAGOR, “Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement”, p. 192.

¹⁵² SCHAMPS, “La fin de vie...”, p. 136. No mesmo sentido VEJA GUTIÉRREZ, “La práctica...”, p. 76. Diferentemente, considerando que o paciente tem de residir na Bélgica sem porém fundamentar, RAPHAEL COHEN-ALMAGOR, “Belgian euthanasia law: a critical analysis”, p. 437. Da leitura das brochuras disponibilizadas conclui-se que a nacionalidade não é exigível mas o cumprimento dos requisitos legais pressupõe que o médico conheça bem o paciente, que o acompanhe há bastante tempo e que existam consultas regulares o que, porventura, mas não obrigatoriamente, exigirá a residência para a prática de uma eutanásia. Cf. “Question de Droit: La Loi Dépénalisant l’Euthanasie”, p. 27 e “Loi Dépénalisant l’Euthanasie”, p. 24, e dando conta da eutanásia de cinco estrangeiros, FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 218.

peças “techniquement conscientes et juridiquement capables” mas cuja incompetência e/ou incompetência de comunicação é previsível a breve trecho (v.g. doentes com *alzheimer*), regra geral serão capazes, importando todavia aferir algumas condições suplementares em relação à qualidade do seu pedido¹⁵³.

O pedido, pedra angular da lei que justifica que “le droit à la vie a par la même occasion perdu son statut de dogme intangible”, pode ser actual ou expresso através de uma DAV (art.4.º). O pedido actual não pode ser resultado de um impulso e o controlo dos requisitos de voluntariedade, reflexão e reiteração caberão numa primeira fase ao médico e *a posteriori* à Comissão de Controlo. Para além de ser um consentimento informado (Cf. art.3.º§2/1.º e art.7.º e 8.º da Lei relativa aos direitos dos pacientes) a Lei permite ainda que, se o paciente assim o desejar, seja discutido e “iluminado” com declarações complementares de pessoas que lhe são próximas, tendo nesses casos o médico a obrigação nos termos do art.3.º§2./ 5.º e 6.º de conversar com a família e pessoas próximas e conhecedoras da realidade do doente (possibilidade que existirá ainda por iniciativa do médico assistente desde que o doente não se oponha) ¹⁵⁴.

O pedido deve ser reduzido a escrito (art.3º§4.º) assinado e datado pelo paciente, ou se incapaz de fazê-lo por alguém indicado “sem nenhum interesse material com tal morte” ¹⁵⁵, e é revogável a todo o momento e de qualquer forma desde que “l’intention du malade est certaine” ¹⁵⁶.

No que concerne ao estado médico do paciente, “sans issue” não deve ser lido enquanto doença terminal ¹⁵⁷, sendo que este requisito tem uma vertente objectiva (“situation médicale sans issue”) e uma mais subjectiva (“souffrance constante et insupportable qui ne peut être apaisée”), oferecendo esta última mais dificuldades. Líquido é que deve ser encarada do ponto de vista do doente, pois é ele que padece de um sofrimento físico ou psicológico persistente e intolerável, não podendo o médico fazer muito mais do que atestá-lo na medida em que a lei é omissa acerca da interpretação dos

¹⁵³ LELEU, GENICOT, Op. Cit., p.25

¹⁵⁴ Ibidem, p. 26 e pp. 32-33; ADAMS, NYS, Op. Cit., pp. 362-263 e COHEN-ALMAGOR, “First do no harm...”, pp. 519-520.

¹⁵⁵ Nestes casos existem requisitos adicionais para melhor controle, Cf. art.3º§4.

¹⁵⁶ Previsão “supérflua” (art.3.º§4.º *in fine*) para LELEU, GENICOT, Op. Cit., p. 27 dado o valor matricial da autodeterminação na lei e à qual não se pode renunciar irreversivelmente. Revogado que é o pedido o mesmo será retirado do dossier médico e devolvido ao paciente. ADAMS, NYS, Op. Cit., p.363.

¹⁵⁷ Para além da dificuldade em definir fase terminal, LELEU, GENICOT, Op. Cit., pp. 34-35 consideram que não parece razoável reservar a eutanásia apenas para doentes terminais, é sobretudo nos outros casos que esta consagração da autonomia do doente ganha sentido, sendo igualmente verdade que nestes casos a derrogação da proibição de matar torna-se mais criticável dado o aceleramento do processo morte.

sintomas que permitem concluir pela sua existência ¹⁵⁸. Por outro lado, o sofrimento futuro mesmo que inelutável ¹⁵⁹ e a “fatigue de vivre” ¹⁶⁰ não parecem *ex lege* ser fundamento para uma eutanásia.

Nos seus relatórios a Comissão Federal de Controlo considerou que a insuportabilidade do sofrimento, não obstante poder conter certos factores objectivos, é uma análise “en grande partie d’ordre subjectif et dépend de la personnalité du patient, des conceptions et des valeurs qui lui sont propres”, acrescentando que o requisito incurável deve ser lido em consonância com o direito do paciente em recusar um tratamento ¹⁶¹. O princípio da subsidiariedade não obriga portanto a um esgotamento de todos os tratamentos possíveis, com efeito, e entrando já nos requisitos de natureza procedimental (art.3§2/1.º), o médico deve informar o paciente do seu estado de saúde e esperança de vida, discutir o pedido e apresentar-lhe as possibilidades terapêuticas existentes, mormente as dadas pelos cuidados paliativos¹⁶², mas um não recurso àqueles pode não impedir que se chegue à conclusão de que não existe “nenhuma outra solução razoável”, pese embora aceitar uma

¹⁵⁸ Naturalmente que quanto mais longa e regular for a relação entre o médico e o paciente mais elementos terá aquele para a avaliação (que será ainda mais difícil no caso de sofrimento não somático). ADAMS, NYS, Op. Cit., p.366; LELEU, GILLES GENICOT, Op. Cit. pp.28-30; GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp.317-318. A dubiedade deste quesito possibilitou eutanásias polémicas como a de um homem (em 2012) que após três operações de mudança de sexo continuava a sentir-se desconfortável com o seu corpo e, segundo os médicos, em esgotamento psicológico ou a dos gémeos surdos que, sabendo da sua cegueira progressiva e do fim da possibilidade de comunicarem entre si, e não obstante não sofrerem de nenhuma doença, pediram (em 2013) e conseguiram que um médico acedesse ao pedido, ou ainda (já em 2014) a do condenado por crimes sexuais que não podendo aceder a tratamento para o seu distúrbio, viu a Comissão de Controlo e um tribunal aceitar o seu pedido, pois os quesitos sofrimento insuportável e princípio da subsidiariedade estariam reunidos.

¹⁵⁹ SCHAMPS, “La fin de vie...”, pp. 138 diz-nos que em sede de Comissão Federal de Controlo embora alguns membros considerem que “uma evolução dramática previsível não pode ser qualificada *hic et nunc* como sofrimento psicológico insuportável não apaziguável” a maioria dos membros parece admiti-lo.

¹⁶⁰ Considerando que, não obstante ser difícil descortinar se o pedido baseia-se na doença ou no mero cansaço de viver, a existência de uma afecção é *conditio sine qua non* tornando, até certo ponto, supérfluo tal requisito, vide ADAMS, NYS, Op. Cit., p. 369. LELEU, GENICOT, Op. Cit. pp. 29-30, a este propósito recordam que não existe um direito à eutanásia mas somente “uma permissão legal que supõe uma interpretação restrita das condições a preencher”, advertindo que sofrimento não equivale a dor e que, pese embora o sofrimento psicológico ser vasto, de difícil quantificação e objectivação, “il ne faudrait pas en déduire un affaiblissement de l’effectivité du critère légal, d’autant que la plupart des interventions médicales s’effectuent dans un contexte humain rétif à une véritable objectivation”.

¹⁶¹ ENGLERT, HANSON, LOSSIGNOL, Op. Cit., p. 148 ; SCHAMPS, “La fin de vie...”, pp. 137-138 e FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 171.

¹⁶² O legislador (conforme o art.7.º da lei relativa aos direitos do paciente) pretende que o paciente seja informado de maneira exaustiva sobre a sua situação, “le droit à l’information étant lié au droit de consentir et donc à la mise en œuvre de l’autodétermination”. LELEU, GENICOT, Op. Cit., p. 31

eutanásia quando existem outros tratamentos disponíveis a que o paciente renunciou pode ser de difícil conciliação com os princípios da proporcionalidade e subsidiariedade ¹⁶³.

São ainda requisitos procedimentais: a) realização de várias entrevistas intervaladas para aferir da persistência do sofrimento e reiteração do pedido (art.3§2/2.º); b) não obstante a matriz da lei ser *le colloque singulier* entre paciente e médico é necessário, a fim de evitar-se excessos de subjectividade, a consulta com um segundo médico independente (em relação ao doente e ao médico assistente ¹⁶⁴), especialista na afecção e a quem cabe, após consultar o paciente e analisar o dossier médico, elaborar um relatório corroborando ou não o diagnóstico de sofrimento físico ou psicológico constante, insuportável e incurável (assumindo então “uma função de verificação e controlo”) ¹⁶⁵ ¹⁶⁶; c) o médico assistente deve ainda consultar a equipa de profissionais de saúde que acompanham o doente.

Tal como na Holanda (com o SCEN) esta segunda consulta foi profissionalizada através do LEIF. Criado em Fevereiro de 2003, está sobretudo implementado em Flandres e, diferentemente, do congénere neerlandês tem um papel consultivo mais vincado,

¹⁶³ ADAMS, NYS, Op. Cit., p.367; LEWIS, Op. Cit., p.128; GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 318 frisando estes últimos que esta questão seria afastada se exigisse-se como na lei holandesa que a recusa de um tratamento por um paciente fosse compreensível e se a conclusão pela inexistência de outras soluções razoáveis fosse uma conclusão a que paciente e médico chegassem conjuntamente.

¹⁶⁴ Nas palavras da Comissão Federal de Controlo a independência pressupõe não haver com o paciente ou o médico assistente “qualquer relação hierárquica, qualquer relação familiar” ou “relação terapêutica continuada com o paciente”. FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 171. Considerando que esse requisito é fraudado dada a prática de segundas consultas por telefone e recurso a colegas favoráveis publicamente à prática da eutanásia vide WALTER OSSWALD, “Da Vida à Morte: Horizontes da Bioética”, pp. 207-208, e menos perentório COHEN-ALMAGOR, “Euthanasia Policy...”, p. 203. Igualmente preocupantes e reveladoras da fragilidade desde quesitos são as considerações de VEJA GUTIÉRREZ, Op. Cit., pp. 80-81.

¹⁶⁵ Em caso de discordância entre o médico assistente e o segundo médico a lei não oferece respostas mas, na medida em que a matriz da lei é o *colloque singulier*, a decisão do médico assistente prevalecerá. COHEN-ALMAGOR, “First do no harm...”, p. 519

¹⁶⁶ Note-se que nos trabalhos parlamentares foi proposta uma segunda consulta obrigatória com uma equipa ou médico especialista em cuidados paliativos mas tal não foi aceite (ao invés aprovou-se a lei relativa aos cuidados paliativos), pese embora a Comissão Federal de Controlo afirmar que tais consultas suplementares sempre serão possíveis à luz da lei, dado o art.3§2. prever que o médico para atender a uma eutanásia possa exigir “condições complementares” (que sempre terão a vontade do paciente como limite). A Comissão porém nunca recomendou uma alteração da lei nesse sentido, vide LELEU, GENICOT, Op. Cit., pp. 32-33. Já COHEN-ALMAGOR, “Belgian euthanasia law...”, p. 437 apresenta-nos um cenário de crescente inclusão dos cuidados paliativos no processo eutanásico. Por outro lado, o Código de Deontologia Médica estatui no art.95.º que o médico deve alertar o paciente para o seu direito (e nunca a sujeição) aos cuidados paliativos, e quer o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos Belgas quer a Associação Flamengo de Médicos de Clínica Geral tem orientado os seus membros para a prática de um filtro paliativo, sendo essa, de resto, a prática nos Hospitais Católicos Flamengos (juntamente com a limitação de eutanásia a casos de doentes terminais) LEWIS, Op. Cit., pp. 134-136; SCHAMPS, “La fin de vie...”, pp. 129-130 e BERNHEIM (Et Al.), Op. Cit., p. 865.

oferecendo a médicos, pacientes e público em geral consultas sobre todas as questões sobre o fim da vida (nomeadamente cuidados paliativos) ¹⁶⁷.

Em matéria de requisitos procedimentais importa advertir que apesar do requisito doença terminal não ser exigido, os casos de mortes a não breve trecho (a Comissão considerou, de forma demasiado ampla, que tratam-se de mortes que previsivelmente não ocorrerão nos próximos meses, e como morte a breve trecho uma morte prevista para os próximos dias, semanas ou meses ¹⁶⁸) obedecem a um procedimento específico (art.3.º§3.º), a saber: *a*) consulta com um terceiro médico que tal como o segundo, após consulta com o paciente e análise do dossier médico, deverá apresentar as suas conclusões relativamente à voluntariedade, reflexão e reiteração do pedido e à insuportabilidade e incurabilidade do sofrimento (recorde-se que o segundo médico apenas pronuncia-se acerca do quesito sofrimento), devendo ser um psiquiatra ou especialista na patologia em causa e ser igualmente independente ¹⁶⁹ e *b*) deverá ocorrer um lapso temporal de um mês entre o pedido escrito e a prática da eutanásia (um “período de reflexão complementar”) ¹⁷⁰.

Após a prática da eutanásia (que, diferentemente da lei holandesa, a lei não estatui como deve ser realizada ¹⁷¹) o médico deverá (art.5.º) nos quatro dias úteis seguintes remeter à Comissão Federal de Controlo e Avaliação um documento de registo que nos termos do art.7.º é composto por duas partes, uma mais confidencial e outra mais genérica,

¹⁶⁷ YANNA VAN WESEMAEL (Et Al.), Op. Cit. Diferentemente do SCEN o LEIF não foi criado por um organismo oficial sendo sim o resultado da junção de vontades de especialistas em cuidados paliativos e da *Recht op Waardig Sterven*. Em 2009, foram consultados em 54% das eutanásias reportadas na Flandres, no entanto, diz-nos COHEN-ALMAGOR, “First do no harm...”, p. 519 que 78,2% dos médicos desconhece a sua existência.

¹⁶⁸ Calcula-se que cerca de 91% das eutanásias correspondem a pacientes (na sua maioria com cancro, 79%) cuja morte é espectável a curto prazo. ROLAND KERZMANN, “Pratique dépenalisée de l’euthanasie en Belgique”, p. 94; ENGLERT, HANSON, LOSSIGNOL, Op. Cit., p. 147-148 e SCHAMPS, “La fin de vie...”, p. 140.

¹⁶⁹ LELEU, GENICOT, Op. Cit., p. 36 consideram que nestes casos a eutanásia “représente assurément une avancée remarquable de l’idée d’autonomie de la personne” e o terceiro médico assume um papel não tanto de controlo mas sim de “garantia complementar” relativizando ligeiramente o *colloque singulier*. Acrescenta-se que o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos no seu *Avis* de 22 de Março de 2003 alertou para a necessidade de muita prudência nestes casos. SCHAMPS, “La fin de vie...”, p. 139

¹⁷⁰ LELEU, GENICOT, Op. Cit., p.36; COHEN-ALMAGOR, “Belgian euthanasia law...”, p. 437. Esta exigência é porém interrogada por regulamentações hospitalares específicas (v.g. Unidade de Cuidados Intensivos onde em média cada paciente permanece 3,5 dias e de acordo com o princípio da beneficência acaba por recorrer-se à sedação terminal).

¹⁷¹ O legislador belga considerou tal inclusão supérflua, mas como considera todavia NYS, “A Presentation of...”, pp. 243-244 não é uma previsão despicienda porque se na Holanda normalmente o médico que pratica a eutanásia (em 70% dos casos) é o médico de família, com uma longa “relação terapêutica” com o paciente, na Bélgica é maiormente o médico do hospital. A Comissão por sua vez considera, com base na literatura médica, que a eutanásia deve provocar uma morte rápida, calma e sem sofrimento. LELEU, GENICOT, Op. Cit., pp. 45-46 e LEWIS, Op. Cit., p. 133.

sendo esta última a analisada pela Comissão. A primeira deve ser selada pelo médico assistente e só caso se mostre necessário, dada a existência de dúvidas, poderá a Comissão (decidindo por maioria simples) consultá-lo. À semelhança das comissões regionais neerlandesas podem ainda ser solicitados ao médico mais elementos do dossier médico (art.8.º o médico pode porém recusar-se a prestar mais informações invocando o segredo médico) ¹⁷².

A Comissão composta por 16 membros ¹⁷³, deverá decidir no prazo de dois meses e por maioria de 2/3 se foram observados todos os requisitos legais, remetendo em caso contrário o dossier ao Ministério Público. Note-se contudo que este pode, independentemente da comunicação, investigar oficiosamente uma eutanásia ¹⁷⁴.

Problemática é a omissão da sanção para o médico que não procede ao envio do documento de registo, mas sobretudo a não previsão do crime em que incorre aquele que tiver praticado uma eutanásia violando os requisitos legais, pois o Código Penal prevê três crimes potencialmente aplicáveis: homicídio, assassinato e envenenamento. Uma preterição, como frisa HERMAN NYS, de difícil leitura com o princípio *nullum crimen sine lege* na medida em que se a lei preceitua as condições para a eutanásia não consubstanciar um crime não estatui, em caso de violação, em que crime se incorre ¹⁷⁵.

Este controlo *a posteriori* é “comme une condition de la reconnaissance d’une cause de justification pénale” e o facto de assentar numa Comissão de teor mais

¹⁷² NYS, “A Presentation of...”, p. 251. Da componente mais confidencial constam dados como o nome e morada do médico assistente e paciente, a existência de uma DAV, enquanto da parte *dépersonnalisé* constam dados mais genéricos mas essenciais a uma boa decisão da Comissão: a afecção de que padecia o doente, a natureza do sofrimento e as razões pela qual ele foi qualificado como incurável. No último relatório, em 86% dos casos a Comissão bastou-se com o documento de registo com informação não confidencial e, nos casos em que procedeu à abertura da segunda parte, na maior parte dos casos procurou precisar informações.

¹⁷³ Dos 16 membros designados pelo Governo de acordo com as regras de paridade linguística e de género: 8 são doutores em Direito e 4 provém de meios encarregados da problemática dos doentes incuráveis - art.6.º. O mandato é de 4 anos e renovável, prevendo a lei a possibilidade de escusa ou afastamento (art.8.º *in fine*). Acrescente-se que a Comissão tem o dever de enviar bianualmente às duas Câmaras do Parlamento um relatório (art.9.º).

¹⁷⁴ SCHAMPS, “La fin de vie...”, pp. 142-143; ADAMS, NYS, Op. Cit., p. 358.

¹⁷⁵ Essa não previsão da consequência jurídica criminal é ainda mais grave porque, diferentemente do que ocorre na Holanda, o Código Penal Belga não prevê o tipo privilegiado do crime de homicídio a pedido e não existindo nenhum caso jurisprudencial como denota NYS, “A Presentation of...”, pp.242-243 só poderemos especular. Defendendo que se está ante uma violação do princípio da legalidade vide ainda ADAMS, NYS, Op. Cit., p.360 que acrescenta ainda uma potencial violação do princípio da proporcionalidade se da violação dos requisitos substanciais e dos requisitos procedimentais advir a mesma consequência jurídica. No mesmo sentido, GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p.327. Considera todavia LELEU, GENICOT, Op. Cit., p.45 que seja qual for a solução, um efeito lógico da descriminalização sempre será “une sévérité renouvelée envers les comportements illégaux”.

profissional e social, colocando o Direito Penal (o Ministério Público e os Tribunais) em segundo plano visou potenciar a comunicação das eutanásias, uma redução das cripto-eutanásias, mais transparência e melhor controle. Importa ainda acrescentar que à luz do art.14.º é consagrada a objecção de consciência: nenhum médico ou outra pessoa (v.g. enfermeiro) pode ser obrigado a praticar uma eutanásia, devendo o médico informar e justificar essa recusa em tempo útil ao paciente ¹⁷⁶.

1.3.) As Reformas de 2005 e 2014

A primeira alteração à Lei de 28 de Maio de 2002 deu-se com a Lei de 10 de Novembro de 2005 que veio colmatar a lacuna relativa ao papel do farmacêutico, utilização e disponibilização das substâncias eutanasiantes. Na sequência de uma recomendação do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos (*Avis* de 4 de Junho de 2005) aditou-se um *3bis* que estatui que o farmacêutico que liberte a substância letal sob prescrição médica não comete nenhuma infracção, devendo entregá-la directamente ao médico (afastando-se assim uma disponibilização através de *kits euthanasie*) ¹⁷⁷.

A segunda alteração deu-se com a Lei de 28 de Fevereiro de 2014 que veio sob certas condições alargar a eutanásia aos menores. A alteração já há muito proposta ¹⁷⁸ é pioneira ao não estabelecer limites mínimos que, todavia, sempre existirão por força de ser requisito (art.3.º§1.º): *a*) a capacidade de discernimento e consciência aquando o pedido de eutanásia (a lei tem como pressuposto que os menores sujeitos a doenças muito graves atingem uma grande maturidade, Cf. art.12.º da Convenção Internacional dos Direitos da

¹⁷⁶ Se a recusa à prática da eutanásia motivar-se em razões médicas tal deve ser consignado no dossier médico do paciente, já as recusas a um pedido devem fazer sempre parte daquele. SCHAMPS, “La fin de vie...”, p. 142 e ADAMS, NYS, Op. Cit., pp. 361-362. A *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* tem alertado que esta *clause de conscience* é individual, não devendo ser invocada por instituições (*maxime* hospitais católicos), Cf. “Loi Dépénalisant l’Euthanasie”, Op. Cit., p. 36.

¹⁷⁷ SCHAMPS, “La fin de vie...”, p. 135 ; SCHAMPS, “La Réglementation Belge...”, pp. 305-306 e ROLAND KERZMANN, Op. Cit., p. 91.

¹⁷⁸ De entre as propostas discutidas algumas havia que dispensavam o consentimento dos representantes legais se o menor tivesse mais de 16 anos (solução neerlandesa), outras em que os menores com capacidade de discernimento e com pelo menos 15 anos podiam pedir a eutanásia e outra que regulava o pedido de eutanásia para um bebé prematuro. SCHAMPS, “La fin de vie...”, pp. 146-147 e VEGA GUTIÉRREZ, “La práctica...”, p. 85. Acrescente-se que a lei relativa aos direitos do paciente já consagrava a autonomia dos menores quando estes fossem capazes de apreciar razoavelmente os seus interesses, podendo nesses casos consentir ou recusar um tratamento (inclusive cuidados paliativos) mesmo tendo tal recusa consequências negativas para a sua saúde e/ou integridade física.

Criança), sendo os restantes requisitos ¹⁷⁹: *b*) o menor deve estar numa situação médica irreversível e num sofrimento físico constante e insuportável que não pode ser apaziguado, sendo resultante de uma afecção acidental ou patológica grave e incurável; *c*) é previsível a sua morte a breve trecho; *d*) é necessário o acordo dos representantes legais (art.3.º§2/7.º e 3.º§4.º, sendo a lei omissa quando estes estejam em divergência) a quem é oferecido acompanhamento psicológico (art.3.º§4/1.º).

No que concerne a requisitos procedimentais (art.3.º§7.º), para além do segundo médico consultado nos termos gerais, um pedopsiquiatra ou um psicólogo deverá também examinar o paciente e o seu dossier médico, devendo atestar por escrito a existência de capacidade de discernimento do menor. Este relatório será depois comunicado ao paciente e seus representantes legais, a quem também devem ser dadas as informações do art.2.º§1 (v.g. esperança de vida, possibilidades terapêuticas, cuidados paliativos) a fim de poderem dar o seu consentimento ¹⁸⁰.

1.4.) Directivas Antecipadas de Vontade

A lei relativa à eutanásia regula de forma precisa um pedido de eutanásia através de uma DAV (art.4.º) procurando um compromisso entre a consagração legal da autodeterminação e a necessidade de assegurar a validade do consentimento ¹⁸¹.

A DAV pode ser elaborada (a todo o tempo) por maiores e menores emancipados (a reforma de 2014 não trouxe alterações ao capítulo III) capazes de manifestar por escrito ¹⁸² a sua vontade, devendo o paciente, no momento de execução da DAV: *a*) sofrer de uma

¹⁷⁹ Como sublinha BERNARD DAN, CHRISTINE FONTEYNE, STÉPHAN CLÉMENT DE CLÉTY, “Self-requested euthanasia for children in Belgium”, p. 672, por força destes dois primeiros requisitos são excluídos os menores com desordens e afecções do foro psicológico, menores muito jovens e neonatos.

¹⁸⁰ Para dois estudos estatísticos sobre a eutanásia em bebés e menores, comprovativos de que estes casos não eram notificados, vide VEERLE PROVOOST (Et Al.), “Medical end-of-life decisions in neonates and infants in Flanders”, p. 1315 e ss. e GEERT POUSETT (Et Al.), “Medical End-of-Life Decisions in Children in Flanders, Belgium: A Population-Based Postmortem Survey”, pp. 548-552.

¹⁸¹ LELEU, GENICOT, Op. Cit., p. 58

¹⁸² A DAV pode ser escrita a todo o tempo ante duas testemunhas maiores (mas pelo menos uma não poderá ter interesse material naquela morte) e deverá ser datada e assinada pelo declarante e pelas testemunhas. Estando o paciente fisicamente e permanentemente impossibilitado de redigir e assinar deverá observar-se o disposto no art.4.º§1, quarto parágrafo. A DAV deve ainda constar do dossier médico (art.4.º§2.º *in fine*) e obedecer a um modelo estabelecido pelo *Arrête Royal* de 2 de Abril de 2003. O registo facultativo encontra-se regulado pelo *Arrête Royal* de 27 de Abril de 2007, existindo um banco de dados dos Serviços Públicos Federais de Saúde Pública onde estão acessíveis aos médicos 24 horas por dia. KERZMANN, Op. Cit, p. 94 e ADAMS, NYS, Op. Cit., p. 364.

afecção accidental ou patológica grave e incurável; *b*) estar inconsciente ¹⁸³ e *c*) segundo o estado actual da ciência encontrar-se numa situação irreversível (art.4.§1.º) ¹⁸⁴. O médico não é portanto um mero executor da DAV (a que sempre poderá objectar nos termos do art.14.º), não sendo desresponsabilizado ¹⁸⁵.

Um importante limite é o de que a DAV só pode ser atendida se foi elaborada ou confirmada, menos de cinco anos antes do momento em que o declarante deixou de poder manifestar a sua vontade, visa-se assim limitá-la a casos em que os pacientes sabem que em breve perderão a sua capacidade decisória ¹⁸⁶. Por outro lado, conforme o princípio da revogabilidade *ad nutum* das decisões relativas ao corpo humano e aos actos médicos, podem ser retiradas e modificadas a todo o momento e de qualquer modo (4.§1, sexto e sétimo parágrafo) ¹⁸⁷.

Necessário é ainda o cumprimento de requisitos adjectivos (art.4.§2.º): *a*) consulta com um segundo médico independente (nos termos já analisados), competente na patologia em causa e que após análise do paciente e do dossier médico, deve pronunciar-se acerca da irreversibilidade (art.4.§2/1.º); *b*) a DAV deve ser dada a conhecer à equipa de profissionais de saúde que acompanhou todo o processo (art.4.§2/2.º) e à pessoa de

¹⁸³ Este requisito da inconsciência deve ser interpretado de forma restrictiva. Aquando as discussões parlamentares ficou assente que a DAV não vale nos casos onde o “paciente somente tornou-se irremediavelmente capaz de exprimir a sua vontade”, isto é, nos casos de demência a existência de um pedido de eutanásia antecipado não pode ser atendido. Do mesmo modo, a Comissão já se pronunciou no sentido de “la notion d’inconscience irréversible était interprétée par les médecins de façon restreinte, au sens de coma”. SCHAMPS, “La fin de vie...”, p.140 e ADAMS, NYS, Op. Cit., pp. 369-370.

¹⁸⁴ Propondo que os médicos façam a distinção entre estados de inconsciência prolongados e estados de inconsciência persistentes, vide COHEN-ALMAGOR, “Euthanasia Policy...”, pp. 206-207.

¹⁸⁵ Como sublinham LELEU, GENICOT, Op. Cit., p.40 o médico deve estar certo da DAV ser a vontade do paciente, da sua adequação com a situação em que agora se encontra, das possibilidades que o declarante tinha ao tempo da elaboração para compreender as opções possíveis e da sua representação de perda de dignidade no estado actual. O que não sendo fácil para o médico será tanto mais exequível quanto maior e regular tiver sido o acompanhamento.

¹⁸⁶ ADAMS, NYS, Op. Cit., pp. 364-365 criticam esta solução legal, pois se o paciente elaborou a DAV em 1 de Janeiro de 1995 e em 1 de Janeiro de 2003 a mesma foi apresentada ao médico, como é que este poderá saber o momento exacto em que o paciente deixou de ser capaz de expressar a sua vontade? Pode ter sido em 1996 ou em 2002! No primeiro caso só passou um ano e será atendida, no segundo caso mais de cinco anos volveram entre a declaração e o momento em que a incapacidade proveio e a DAV é inválida. Assim, o critério deveria ser outro: o elemento crucial “is not the moment at which a patient can no longer express their wishes, but rather the moment at which the advance directive’s execution is requested”, tendo passado mais de cinco anos entre a elaboração da DAV e o momento em que nos termos legais a sua execução é possível a DAV não seria válida, tratar-se-ia de preferir um “marco temporal” mais objectivo e verificável. Tal proposta foi inclusive apresentada por NYS na Câmara dos Representantes mas esta optou pela manutenção da solução para evitar nova votação no Senado.

¹⁸⁷ O art.4.§1.º, segundo parágrafo, prevê ainda que o declarante possa designar uma ou mais pessoas de confiança e graduá-las, e a quem cabe pôr o médico assistente ao corrente da sua vontade quando já não se encontrar capacitado.

confiança designada, bem como às pessoas próximas que esta indicar (art.4.º§2/3.º e 4.º) ¹⁸⁸
189.

1.5.) Casos Fronteira

Estando descriminalizada a eutanásia para crianças sob certas condições, continuam a ser discutidas e propostas iniciativas legislativas relativamente aos nascituros, pacientes comatosos, com demência ou outras doenças psiquiátricas.

Em relação aos nascituros a alteração de 2014 veio trazer uma resposta legislativa negativa e no que concerne a pacientes comatosos, é ponto assente que o seu pedido só pode ser aceite se existir uma DAV nos termos supracitados. Mais difícil é a situação dos paciente dementes ou com outras doenças do foro psicológico. Não obstante, aquando os trabalhos parlamentares, ter ficado assente que a eutanásia nunca poderia ser uma opção para estes doentes dado ser impossível na sua condição um pedido voluntário e reiterado, e que uma DAV elaborada antes da doença afectar tal capacidade sempre esbarraria na exigência de inconsciência do art.4.º, já foi proposto (em Julho de 2004), substituir o quesito da inconsciência pelo termo “inconsciência da sua própria personalidade” possibilitando-se assim a eutanásia de um demente ou doente com alzheimer com uma DAV ¹⁹⁰.

Em Fevereiro de 2006 o médico Cosyns revelaria que havia ajudado no suicídio de uma paciente com demência, considerando que não obstante a lei exigir que os pacientes tenham plena capacidade mental aquela encontrava-se num estado momentâneo

¹⁸⁸ Para além destes requisitos procedimentais *ex lege* do art.4º§2.º pode retirar-se que o médico pode exigir condições complementares para atender a uma DAV, tendo o dever (art.95.º do Código Deontológico) de auxiliar o paciente na redação. Em relação a dados estatísticos, se no primeiro *Rapport* da Comissão de 2002-2003 num total de 289 eutanásias apenas uma fundou-se numa DAV, já no período 2012-2013 foram 69 em 3239. KERZMANN, Op. Cit., pp. 93-94.

¹⁸⁹ Forçosa é ainda uma palavra acerca das DAV para recusa de tratamentos, com o seu fundamento no art.8.º§4.º da Lei relativa aos Direitos do Paciente: devem ser reduzidas a escrito, não caducam e só serão válidas se: *a*) especificarem o tratamento médico que se pretende recusar (v.g. manutenção artificial da vida) e *b*) o médico ter a certeza que o documento reflecte efectivamente a vontade do paciente. Como tem vindo a frisar a *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* estas DAV serão sobretudo importantes para os casos em que o recurso à eutanásia está vedado, v.g. dementes. ANDORNO, BILLER-ANDORNO, BRAUER, Op. Cit., p. 215; SCHAMPS, “La fin de vie...”, p. 128. Acrescente-se que o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos no *Avis* de 26 de Julho de 2003 considerou que deverão ser respeitada mesmo que recusem um tratamento importante para a saúde do paciente.

¹⁹⁰ GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 328; BÉRENGÈRE LEGROS, “Les enjeux de «tout encadrement» juridique de l’euthanasie ou du suicide assisté à la lumière des expériences européennes”, pp. 70-71.

de lucidez. O Ministério Público (oficiosamente, dado que a Comissão não reportou o caso) decidiu-se pela não acusação do médico, considerando que não violara a lei. Decisão criticável pois, como denota COHEN-ALMAGOR, para além de ser difícil de aceitar um sofrimento insuportável nos casos de demência, ainda mais difícil é aceitar a existência de um momento de lucidez susceptível de fundamentar o pedido, dado não poder falar-se de ponderação ou reiteração, para além do pedido pode ser contrário à vontade exprimida em plena capacidade ¹⁹¹ ¹⁹².

1.6.) Críticas e Recomendações

Apenas um mês depois da Lei relativa à eutanásia entrar em vigor foi tornada pública a eutanásia por injeção letal de Mario Verstraete. Apesar de terem-se violado vários quesitos: o lapso temporal de um mês (dado não ser um doente terminal) e a inexistência da consulta com um segundo médico, a Comissão decidiu não intervir alegando que o pedido fora formulado antes da entrada em vigor da lei. Apesar do argumento da Comissão ser compreensível a sua atitude passiva (*in casu* ante um crime) é uma das críticas mais recorrentes ¹⁹³. No cumprimento da lei (art.9.º) a Comissão elaborou seis relatórios, dando conta que a aplicação da lei não deu lugar a grandes dificuldades ou abusos, não tendo nenhum caso até hoje assumido uma gravidade que justifique a remessa ao Ministério Público ¹⁹⁴. E apesar de considerar que o número de eutanásias clandestinas é

¹⁹¹ COHEN-ALMAGOR, “Euthanasia Policy...”, pp. 208-209..

¹⁹² Não obstante este entendimento da inadmissibilidade da eutanásia em doentes psiquiátricos (partilhado pela maioria dos médicos) entre 2004-2007 (no primeiro relatório não houve nenhum caso) foram comunicadas 18 eutanásias (1%) à Comissão mas nenhum caso foi comunicado ao Ministério Público (sendo um dos casos mais famosos a eutanásia em 2008 do escritor Hugo Claus que padecendo de *alzheimer* programou a sua eutanásia). Cf. LEWIS, Op. Cit., p. 131. No último relatório, p.8 e 14 e ss, as eutanásias fundadas em doença neuropsiquiátrica alcançam já a cifra de 4%. Vide Anexo 2.4.

¹⁹³ COHEN-ALMAGOR, “Euthanasia Policy...”, pp. 207-208.

¹⁹⁴ Relativamente a números (Cf. Anexo 2.4. e 2.5.) se no primeiro relatório (Setembro de 2002 a 31 de Dezembro de 2003) a Comissão deu conta da prática de 259 eutanásias, sendo 5 destas 259 eutanásias auxílios ao suicídio, no último *rapport* (2012-2013) o número de eutanásias é de 3239, mantendo-se a disparidade de números entre Flandres e a Valónia. É uma disparidade que existe desde o primeiro relatório e se é verdade que 60% da população vive em Flandres parece não ser justificação suficiente, sugerindo a Comissão que pode dever-se a uma menor informação do público e dos médicos na região francófona a par de diferentes concepções socioculturais sobre o fim da vida. SCHAMPS, “La fin de vie...”, pp. 144-145. Procurando uma explicação mais concreta ENGLERT, HANSON, LOSSIGNOL, Op. Cit., pp. 150-151 e ENGLERT, Op. Cit., pp. 428-429 concluem que a desproporção deve-se ao recurso à sedação terminal (falsas ortotanásia) nos doentes valões gerando uma ambiguidade na classificação e menores declarações de eutanásia. Frisando a relutância dos médicos valões em aceitar pedidos de eutanásia e a preferência pela sedação terminal vide JOACHIM COHEN (Et Al.), “Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia”, p. 849 e ss. e METTE

provavelmente muito baixo, não avança com propostas concretas pois considera que não é sua missão, nem tem competência para pronunciar-se ¹⁹⁵.

Positivamente, pode dizer-se como GENEVIÈVE SCHAMPS que esta descriminalização condicional, consagra um direito a pedir a morte de acordo com limites legais rigorosos e não um direito à morte, permite ao paciente afirmar a sua autonomia e respeito pela sua dignidade, acentua a necessidade do diálogo entre médico e paciente e procura uma maior transparência e menor clandestinidade ¹⁹⁶.

Já mais crítico mostra-se COHEN-ALMAGOR enumerando várias violações à lei: cerca de 12% dos enfermeiros em Flandres administram a substância letal (em 86% dos casos sem a presença de um médico), problemas de qualificação de um acto como eutanásia por parte dos médicos, 23% de casos onde o parecer do segundo médico não foi convergente com o do médico assistente e mesmo assim (em 10% dos casos) a eutanásia foi praticada ¹⁹⁷. Concluindo que, não obstante seja positiva a possibilidade da eutanásia para alguns pacientes fortemente convictos de ser esse o desfecho desejado (uma minoria ¹⁹⁸), para a maioria os cuidados paliativos seriam a solução adequada (e por conseguinte um filtro paliativo seria fundamental) ¹⁹⁹.

Critica-se ainda a tolerância excessiva ante as falsas ortotanásias. Tratam-se de sedações terminais, eutanásias não consentidas, que a Comissão, lançando mão da teoria do duplo efeito, tende a considerar redutoramente como tratamentos de controlo da dor. Parecendo-nos pertinentes as propostas que visam regular estas zonas cinzentas (não obstante a distinção entre ortotanásia e eutanásia poder ser muito ténue) e submeter ao jugo

RURUP (Et Al.), “The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: Description and comparison of cases”, p. 43 e ss.

¹⁹⁵ SCHAMPS, “La fin de vie...”, pp. 145-149. Em relação a propostas legislativas deve destacar-se as que pretendem a inclusão explícita do auxílio ao suicídio, as que em matéria de DAV procuram alterar a exigência de inconsciência do declarante por um “estado vegetativo persistente” ou “qu’il n’a plus conscience de sa propre personne, de son état mental et physique et de son environnement social et physique”, as que propõem o alargamento da validade das DAV para 10 anos ou ilimitadamente, aquelas em que o médico objector de consciência será obrigado a comunicar o dossier médico a outro colega ou as que visam a inserção de um filtro paliativo.

¹⁹⁶ Ibidem, pp.149-150 e SCHAMPS, “La réglementation belge...”, pp. 308-309. No mesmo sentido, LELEU, GENICOT, Op. Cit., p. 48-50.

¹⁹⁷ COHEN-ALMAGOR, “First do no harm...”, pp. 516-518.

¹⁹⁸ No mesmo sentido MONTERO, “Legalização...”, pp.13-16. Contra o argumento de serem poucos os pacientes que efectivamente desejam a eutanásia veja-se DOMINIQUE LOSSIGNOL, “Une réflexion sur l’amour, la médecine et l’euthanasie : Je connais ce que j’aime et j’aime ce que je connais, mais est-ce bien vrai?”, p. 12.

¹⁹⁹ De forma idêntica, BROECKAERT, Op. Cit., pp. 103-105 pois muitos pedidos de eutanásia “camuflariam a falta de cuidados paliativos adequados.

legal ²⁰⁰ estas eutanásias, pois é “eticamente inaceitável que para satisfazer as concepções filosóficas e religiosas dos cuidadores, uma sedação terminal seja praticada em resposta a um pedido de eutanásia sem o acordo do paciente, nos termos da lei, e sem um diálogo sincero entre médico e paciente” ^{201 202}.

²⁰⁰ Alguns advogados aconselham os médicos a respeitar os requisitos da lei relativa à eutanásia de modo a não poderem ser perseguidos criminalmente, com efeito, não obstante ser claro que a verdadeira ortotanásia não constitui um crime não é líquido que a doutrina do duplo efeito tenha cabimento no Código Penal na medida em que o art.393.º não distingue entre “direct intention and so-called indirect intention” restando todavia as causas de justificação gerais: estado de necessidade e conflito de deveres, concluindo GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp. 302-303 que a lei belga é insatisfatória neste ponto, “the patient is in this respect at the mercy of the doctor who himself is at mercy of the law”.

²⁰¹ ENGLERT, HANSON, LOSSIGNOL, Op. Cit., p.149; LOSSIGNOL, “Une réflexion...”, pp.12. Considerando que o uso da sedação terminal deve estar reservado apenas para certos casos dado que apenas “prolonga a agonia” do paciente, vide DOMINIQUE LOSSIGNOL, “Euthanasie et techniques palliatives en fin de vie”, p.10.

²⁰² Uma palavra para a “reapropriação da morte pelo cidadão” nas palavras de ENGLERT, Op. Cit., p.16 e ss. Sintomática desta compreensão são as notícias acerca da eutanásia do Nobel da Medicina De Duve e do atleta Pauwels onde todo o processo foi levado a cabo com a máxima naturalidade e culminou com a morte entre familiares ou (já em 2014) do casal de idosos que decidiu morrer conjuntamente alegando não querer assistir ao declínio inevitável das suas capacidades (não descortinando-se se estavam em estado terminal, gravemente doentes ou se existia “somente” um cansaço de viver).

CAPÍTULO 3

O LUXEMBURGO

1.1.) Da Lei de 28 de Agosto de 1998 ao “braço de ferro” com o Conseil d’État

Num país tradicional e católico, onde o Código Penal punia o auxílio ao suicídio e a eutanásia com prisão perpétua (art.397.º), não obstante algumas sondagens favoráveis à eutanásia (realizadas desde 1989) e a criação, em 1990, de duas associações *right-to-die*: a *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* e a *Omega 90*, só em 1998 houve uma intervenção legislativa relativamente aos direitos dos doentes. Com a Lei de 28 de Agosto de 1998 sobre os estabelecimentos hospitalares, mobilizável somente em ambiente hospitalar, consagrou-se (art.40.º) o direito do paciente à autodeterminação e, devidamente informado, a “recusar ou aceitar toda a intervenção diagnóstica ou terapêutica” mesmo pondo em risco a sua vida ²⁰³.

O debate acerca dos cuidados paliativos e da eutanásia seria despoletado em Março de 1999 na Câmara dos Deputados e levaria à criação de uma Comissão Parlamentar para discutir a “morte de doentes terminais por causa de doença grave e incurável”. Em 5 de Fevereiro de 2002, os deputados LYDIE ERR e JEAN HESS apresentariam a primeira proposta de lei (n.º4909) para descriminalizar a eutanásia e o auxílio ao suicídio em moldes similares à lei belga: *proposition de loi sur le droit de mourir en dignité*. Após as eleições legislativas de 2004, já com o assunto na ordem do dia, o Governo apresentaria, em 2006, um projecto de lei relativo aos cuidados paliativos, às DAV e ao acompanhamento no fim da vida ²⁰⁴.

Em Julho de 2007, o *Conseil d’État* pronuncia-se acerca das duas propostas. Considerando que a “condição de sofrimento físico, psicológico, constante e insuportável sem perspectivas de melhoria” em que se baseava a descriminalização, podia ter uma

²⁰³ O consentimento informado encontra-se ainda regulado no art.44.º do Código de Deontologia Médica do Luxemburgo. MYRIAM PIERRAT, “Soins et respect de la volonté de la personne en fin de vie – Rapport luxembourgeois”, pp.196-197.

²⁰⁴ O Governo já apresentara duas propostas antes das eleições: uma que procurava instituir uma licença sem vencimento para acompanhamento no fim de vida e uma relativa aos cuidados paliativos e acompanhamento dos moribundos, a primeira mereceu a discordância do *Conseil d’État* e a segunda não chegou a ser analisada em virtude das eleições. Ibidem, pp. 190-191 e FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, p. 305.

resposta eficaz em sede de cuidados paliativos, recusaria analisar sequer a proposta relativa ao direito de morrer em dignidade por falta de objecto ²⁰⁵. Procede-se então a algumas emendas, mas o alto órgão consultivo num *Avis* complementar de Dezembro de 2007 volta a criticar vigorosamente a proposta. Não obstante, em 19 de Fevereiro de 2008 a Câmara dos Deputados aprova as duas propostas de lei.

No âmbito das suas competências, e ao contrário do que é usual, o *Conseil d'État* no seu segundo *Avis* (4 de Março de 2008) não dispensou o Parlamento de proceder a uma segunda votação alegando que os dois textos eram incompatíveis na medida em que a proposta de lei n.º4909 previa tanto uma DAV de eutanásia como um pedido antecipado de “soins, traitements et accompagnements”, previsto igualmente na proposta governamental.

Procede-se a novas emendas e à supressão recomendada mas o *Conseil d'État* volta a pronunciar-se negativamente no seu segundo parecer complementar de 7 de Outubro de 2008. Porém, ao invés do habitual, os deputados optaram por não seguir as recomendações e mantiveram as duas propostas. Com algumas emendas motivadas por um terceiro *avis* (de 25 de Novembro de 2008) a proposta governamental de lei sobre cuidados paliativos e a proposta n.º4909 (agora denominada *Proposition de Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*), seriam aprovadas a 18 de Dezembro de 2008, sendo que desta vez o *Conseil d'État* já não exigiu uma segunda votação.

As dificuldades porém não haviam terminado, uns dias antes da aprovação o Grão-Duque fez saber não promulgaria a Lei sobre a eutanásia e o auxílio ao suicídio. Ora o art.34.º da Constituição previa que para uma lei entrar em vigor o Grão-Duque devia sancionar (*lato sensu*, trata-se de uma aprovação) e promulgá-la. Este acto surpreendente era ainda mais grave na medida em que a sanção e promulgação deveria ocorrer três meses após a aprovação da lei. O Governo decidiu então pela revisão do art.34.º da Constituição que passou a prever a promulgação e já não a sanção das leis pelo Grão-Duque. Dez dias antes do *terminus* dos três meses, a 16 de Março de 2009, as lei seriam finalmente promulgadas ²⁰⁶.

²⁰⁵ A este propósito o Ministério da Saúde respondeu que o *Conseil d'État* partia do pressuposto que uma sedação paliativa máxima torna, necessariamente, a dor suportável, mas tal nem sempre é possível, *maxime* em casos de sofrimento psíquico, a não ser que tal tratamento passe por “técnicas de anestesia que mergulhem o paciente num estado quase constante de inconsciência” o que não parece ser um “alívio eficaz da dor” nos termos da proposta de lei, justificando-se assim recurso à eutanásia ou ao auxílio ao suicídio. FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 182.

²⁰⁶ *Ibidem*, p. 184; PIERRAT, Op. Cit., p. 193.

1.2.) A Lei de 16 de Março de 2009 sobre a Eutanásia e o Auxílio ao Suicídio

Claramente tributária da congénere belga ²⁰⁷, a lei define como eutanásia (art.1.º) “o acto praticado por um médico, que põe intencionalmente fim à vida de uma pessoa, a seu pedido expresso e voluntário”, e como auxílio ao suicídio o acto pelo qual um médico ajuda intencionalmente uma outra pessoa a suicidar-se ou fornece-lhe os meios para tal intuito, conforme pedido expresso e voluntário daquela ²⁰⁸. Reunidos que são os requisitos legais estatui o novo art.397-1.º do Código Penal (art.14.º) que o médico não pode ser civil ou penalmente responsabilizado (e à semelhança da lei holandesa e belga só o médico beneficia desta descriminalização condicional - art.2.º), tendo já considerado a Comissão Nacional de Controlo e Avaliação que deve qualificar-se tal morte como fundada em causas naturais ²⁰⁹.

São requisitos substantivos (art.2/1.º): a) o paciente ser maior, capaz e consciente aquando o pedido ²¹⁰; b) formulação do pedido de forma voluntária, reflectida e, se for caso disso, reiterada, não devendo resultar de uma pressão exógena; c) o paciente encontrar-se numa situação médica incurável (não necessariamente terminal), em sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável e sem perspectivas de melhoras, fruto de uma afecção accidental ou patológica. Em relação à insuportabilidade do sofrimento entende-se que, não obstante alguns factores objectivos poderem contribuir para tal avaliação, esta “é em grande parte uma questão subjectiva e pessoal do paciente e depende da sua personalidade, do seu limiar de percepção da dor, das concepções e dos valores que lhe são próprios”, sendo também ponto assente que o requisito “sem

²⁰⁷ Aquando a discussão parlamentar sobre uma hipotética violação do art.2.º da CEDH e do art.6.º do Pacto Internacional relativo aos Direitos Cívicos e Políticos os propositores da lei remeteram inclusive para as considerações tecidas pelo *Conseil d'État* belga. *Ibidem*, pp. 197-199.

²⁰⁸ Quer a eutanásia passiva quer a ortotanásia são pacificamente aceites, sendo hoje igualmente expressamente proibido o encarniçamento terapêutico, art.2.º da Lei de 16 de Março de 2009 relativa aos cuidados paliativos, à DAV e ao acompanhamento no fim de vida. Em relação a esta Lei que consagra o princípio do duplo efeito no seu art.3.º, deve ainda acrescentar-se que segundo o seu art.1.º toda a pessoa (inclusive menores e incapazes com o consentimento dos representantes legais) em estado avançado ou terminal de uma doença grave e incurável tem direito a cuidados paliativos. *Ibidem*, pp.207-209 e a Brochura “Guide de soins palliatifs”, 2009, pp. 9-14.

²⁰⁹ Vide I (Anos 2009-2010) e II (Anos 2011-2012) Relatórios da Comissão Nacional de Controlo e Avaliação, p. 11 e p. 16 respectivamente.

²¹⁰ FERREIRA DOS SANTOS, *Op. Cit.*, pp.183-184. Entende-se ainda que o paciente não tem de ter de ser nacional ou residir no Luxemburgo, todavia ao exigir-se “uma estreita relação entre o paciente e o seu médico” é necessário “que o médico assistente tenha tratado o paciente durante um tempo contínuo suficientemente longo”. Brochura “L'euthanasie et l'assistance au suicide: 25 questions, 25 réponses”, 2010, p. 26.

perspectivas de melhoras” deve ser interpretado em consonância com o direito do paciente a recusar um tratamento (inclusive paliativo) ²¹¹; por fim *d*) o pedido deve ser reduzido a escrito ²¹².

No que concerne aos requisitos procedimentais (art.2/2.º): *a*) o médico deve informar o paciente acerca do seu estado de saúde, da sua esperança de vida e dos tratamentos possíveis e ficar convencido que o pedido do paciente é voluntário e que para este não há nenhuma outra solução aceitável”; *b*) haver várias consultas intervaladas de modo a que o médico se assegure da “persistência do sofrimento físico ou psíquico do paciente” e da actualidade e reiteração da sua vontade; *c*) deve ser consultado um segundo médico independente (quer em relação ao médico quer ao paciente) e competente na afecção em causa, a quem cabe examinar o paciente e consultar o dossier médico de modo a aferir o “carácter grave e incurável da afecção” e o “carácter constante, insuportável e sem perspectivas de melhoras do seu sofrimento físico ou psíquico”; *d*) salvo oposição, o médico deve consultar quer a equipa de saúde que acompanha o paciente quer a pessoa de confiança eventualmente designada; *e*) o médico deve ainda assegurar-se que o paciente teve ocasião de discutir o seu pedido com as pessoas do seu interesse. Importante é ainda a possibilidade (art.3.º) do médico assistente poder fazer-se acompanhar ou aconselhar-se junto de um perito.

Nos 8 dias subsequentes à prática da eutanásia ou do auxílio ao suicídio o médico deverá enviar à Comissão Nacional de Controlo e Avaliação o documento de registo (art.6.º e 7.º) ²¹³. Este organismo de controlo *a posteriori* ²¹⁴ analisa o documento que tal, como a lei belga, é composto por duas partes, uma confidencial, selada pelo médico e que

²¹¹ Ibidem, p. 15.

²¹² Caso o paciente encontre-se impossibilitado de redigi-lo caberá a uma pessoa maior designada por aquele fazê-lo, indicando e fundamentado tal impossibilidade, devendo o médico assistente presenciar e assinar o documento. O pedido é revogável a todo o momento, art.2./2º *in fine*.

²¹³ A *Commission National de Contrôle et d’Evaluation* é composta por 9 membros nomeados pelo Grão-Duque (3 médicos e 3 juristas, dois membros de organizações de defesa dos direitos dos pacientes e um representante de outras profissões de saúde nos termos do art.6/2.º) com mandato de três anos (renovável por mais três) e sujeitos a um regime de incompatibilidade. O quórum é de 7 membros e as decisões são tomadas por maioria simples. Cf. “L’euthanasie et l’assistance au suicide...”, p. 33 e ss.

²¹⁴ Na proposta de lei primitiva previa-se um controlo *ex ante*, devendo o médico fazer uma declaração oficial à Comissão Nacional de Controlo e Avaliação que pronunciar-se-ia em 7 dias. Tal proposta acabaria por ser retirada em virtude das preocupações da Associação de Médicos e Médicos Dentistas de que tal mecanismo acabasse por atrasar e obstaculizar todo o sistema. Propôs-se ainda, infrutiferamente, um controlo *ex ante* mitigado: a criação de um colégio de médicos que deveria ser constituído oito dias depois do paciente formular o pedido e a quem caberia informar aquele do seu estado de saúde, realizar várias consultas intervaladas para assegurar a persistência do sofrimento e da actualidade da vontade e, no prazo de 8 dias, comunicar, por escrito, ao médico assistente as suas conclusões. PIERRAT, Op. Cit., pp.212-213.

não pode servir de base para a decisão (desta consta *v.g.* nome e domicílio do paciente, médico assistente e médico consultado) e uma outra parte, também confidencial mas que será analisada e permitirá àquele órgão decidir se foram observados todos os quesitos legais (desta constam, *v.g.* sexo e idade do paciente, menção da afecção acidental ou patológica grave e incurável, a natureza do sofrimento constante e insuportável) ²¹⁵.

Dois meses após a recepção do documento de registo a Comissão pronuncia-se acerca da observância dos requisitos legais, comunicando-o de forma fundamentada ao médico assistente. Inovador e positivo (afastando uma eventual violação do princípio da proporcionalidade) é o facto de havendo violação dos requisitos procedimentais a Comissão reportar o caso ao *Collège Médical* (órgão disciplinar dos médicos luxemburgueses) para no prazo de um mês decidir-se pela instauração de um processo disciplinar, já nos casos de violação de requisitos substantivos o caso é entregue ao Ministério Público (art.8.º *in fine*) ²¹⁶.

Por fim, nenhum médico é obrigado a praticar uma eutanásia ou um auxílio ao suicídio, nem nenhuma outra pessoa (*v.g.* enfermeiro) tem o dever de participar (art.15.º). O médico objector de consciência deve porém informar, de forma fundamentada, o paciente ou a pessoa de confiança, e embora não tenha de encaminhar o caso para outro colega tem o dever de entregar o dossier médico ao médico entretanto designado. Acrescente-se que tal objecção de consciência é uma liberdade individual e portanto não poderá ser invocada por um Hospital ou outra instituição ²¹⁷.

1.3.) Directivas Antecipadas de Vontade

A Lei sobre a Eutanásia e o Auxílio ao Suicídio prevê no seu art.4.º a possibilidade de um paciente maior e capaz manifestar antecipadamente, para uma situação onde não o possa fazer, a sua vontade em ser eutanasiado, bem como em que condições e circunstâncias. Ao médico caberá aferir se *a)* o paciente padece de uma afecção acidental

²¹⁵ *Ibidem*, pp. 215-216. Nem no I *rapport*, nem no II a Comissão sentiu necessidade de levantar o segredo médico e recorrer à primeira parte do documento de registo.

²¹⁶ Até hoje nenhum caso foi comunicado nem ao Colégio Médico nem ao Ministério Público, vide I e II *rapport*, p. 13. Acrescente-se que a Comissão tem também o dever de remeter de dois em dois anos ao Parlamento um relatório (art.9.º).

²¹⁷ “L’euthanasie et l’assistance au suicide...”, p. 30. Se hoje o Código Deontológico (art.51.º) está de acordo com o preceituado na lei, a sua redação anterior proibia expressamente que um médico pudesse praticar uma eutanásia ou um auxílio ao suicídio. PIERRAT, *Op. Cit.*, pp. 195-196; FERREIRA DOS SANTOS, *Op. Cit.*, p. 183.

ou patológica grave e incurável; *b*) está inconsciente; *c*) é uma situação irreversível à luz dos conhecimentos científicos actuais ²¹⁸.

A DAV deve ser reduzida a escrito, datada e assinada (podendo ainda indicar-se uma pessoa de confiança), ser incorporada no dossier médico e registada (obrigatoriamente) no sistema oficial de registo sistemático das disposições de fim da vida junto da Comissão Nacional de Controlo e Avaliação, sendo dever do médico, ante cada pedido de eutanásia ou auxílio ao suicídio, aferir junto da Comissão da existência de uma DAV (art.2/2/7.º e art.4/2.º).

Tais disposições não têm um prazo de validade, porém a Comissão de 5 em 5 anos solicita ao declarante uma confirmação, podendo a DAV ser reiterada, modificada ou retirada a todo o momento. Para além dos requisitos substantivos, o médico que pratique uma eutanásia com base numa DAV só não será responsabilizado cível e criminalmente se atender a alguns requisitos procedimentais (art.4/3.º): *a*) consultar um segundo médico independente e que, após examinar o paciente e o seu dossier, deverá apresentar um relatório acerca da irreversibilidade da situação médica; *b*) estudar a DAV com a equipa de profissionais de saúde que acompanha o paciente; *c*) existindo pessoa de confiança, discutir com esta o pedido antecipado, bem como com os parentes do paciente que aquela designar ²¹⁹.

²¹⁸ Na proposta inicial exigia-se que o declarante estivesse não inconsciente mas somente, “já não capaz de comunicar” o que possibilitaria a eutanásia de um doente psiquiátrico, o que mereceu a censura do *Conseil d'État*. PIERRAT, Op. Cit., pp. 201-202.

²¹⁹ Tais DAV não devem ser confundidas com as DAV previstas na Lei relativa aos cuidados paliativos (art.5.º), com efeito nestas o paciente com uma afecção grave e incurável num estado avançado ou terminal pode “somente” dispor acerca das “condições, limitação e à paragem do tratamento, inclusive do tratamento da dor, para o dia em que se encontre incapacitado de expressar a sua vontade”. Para além deste objecto distinto outras diferenças existem: podem ser elaboradas por qualquer pessoa capaz de discernimento e se um médico ante uma DAV de eutanásia pode sempre recorrer à objecção de consciência, nestas DAV (art.6.º) para além daquela (art.6/5.º), o médico está ainda menos vinculado pois “apenas” têm de “ser tomadas em conta”, cabendo-lhe avaliar “se as previsões da DAV correspondem à situação perspectivada” e atender ainda à evolução da ciência médica desde a redacção (art.6/3.º). Vide “Guide de soins palliatifs”, pp. 17-19; FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, pp. 309-310 e PIERRAT, Op. Cit., p. 199-206, constata esta autora que não obstante as emendas feitas para afastar a incompatibilidade entre as duas leis em matéria de DAV, nada impede que uma pessoa desejosa de ser eutanasiada precise numa DAV relativa à Lei dos cuidados paliativos o seu desejo de beneficiar daqueles, ora a contradição é grave porque, diferentemente das DAV relativas à eutanásia, estas não se encontram registadas junto da Comissão (Cf. art.7.º).

1.4.) Estatísticas e Recomendações

No primeiro relatório da Comissão, relativo aos anos 2009-2010 registaram-se 5 mortes por eutanásia e nenhuma por auxílio ao suicídio, e nenhuma fundou-se numa DAV. Já em relação ao segundo relatório, 2011-2012, a cifra cresceu para 13 eutanásias e 1 auxílio ao suicídio e, pela primeira, vez uma eutanásia fundou-se numa DAV. Em relação às DAV de eutanásia no período relativo ao primeiro *rapport* foram registadas 681 DAV e no segundo 1249 ²²⁰.

Não obstante estas cifras, que obstam a qualquer argumento de vertente escorregadia, ou de casos públicos de duvidoso enquadramento legal, a Comissão Nacional de Controlo e Avaliação não se coibiu de fazer recomendações: aquando a admissão de um paciente num hospital ou noutra instituição seja logo aferida a existência de uma DAV dispensando-se assim o médico de recorrer à Comissão e que, podendo uma objecção de consciência impedir *de facto* que o paciente consiga que outro médico aceda ao seu pedido, seria aconselhável que essa objecção fosse feita o mais precocemente possível ²²¹.

²²⁰ Vide Anexo 2.6. e 2.7.

²²¹ Cf. II relatório, pp. 15-16.

CAPÍTULO 4

A SUÍÇA

1.1.) O art.115.º do Code Pénal de 1937

Se a eutanásia ²²² activa directa é punível nos termos do art.111.º (homicídio), 112.º (assassinato) ou eventualmente nos termos do art.113.º (homicídio passional), mas sobretudo na figura do homicídio a pedido da vítima - art.114.º do Código Penal Suíço ²²³ ²²⁴, e a maior parte da doutrina considera que a eutanásia activa indirecta e a eutanásia passiva são permitidas (não só à luz do Código Penal mas também de acordo com a protecção da personalidade nos termos do Código Civil e do art.10.º da Constituição Federal ²²⁵), bem mais controversa é a figura do auxílio ao suicídio.

No final do Séc. XIX a comissão responsável pela elaboração de um novo Código Penal Federal ²²⁶, motivada por uma compreensão iluminista do fenómeno do suicídio, perspectivando-o como resultado de um estado depressivo e defendendo a necessidade social da sua prevenção e não da punição, alcança um consenso em torno da descriminalização do suicídio (e da tentativa), pois como defendia, em 1893, CARL

²²² Em bom rigor, na Suíça, maxime na sua parte alemã, a expressão eutanásia não é utilizada dada a conotação com as práticas do III Reich, utilizando-se a expressão *sterbehilfe*. GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp. 464 - 465.

²²³ Que exige uma motivação especial do agente: “un mobile honorable, notamment à la pitié” e com uma moldura penal bem mais leve: pena de prisão até três anos ou multa, pois como constata JEAN GRAVEN, “La répression de l’homicide en droit Suisse”, p. 274 e ss. não só existe de um pedido sério e premente, mas sobretudo há lugar para “une intense compassion pour celui qui souffre, ou d’un profond attachement pour un compagnon d’infortune”, pressupondo-se um *mobile* desinteressado do homicida e uma culpa “que foge ao domínio criminal”. Naturalmente, e não obstante as molduras penais do art.114.º e 115.º serem compreensivelmente mais favoráveis que a do crime de homicídio, o juiz sempre poderá lançar mão das *circonstances atténuantes* do art.48.º do Código Penal, v.g. existência de um ascendente, demonstração de arrependimento sincero. Vide ainda JEAN GRAVEN, “Le procès de l’euthanasie”, p. 242 e ss.

²²⁴ Dizem-nos GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp. 468 que sendo reportadas como mortes naturais são poucos os casos conhecidos e que o Ministério Público só intervém em casos bastante graves. Não obstante, calcula-se que as eutanásias sem pedido representem cerca de 1% de todos os óbitos.

²²⁵ É de resto a compreensão da importante ASSM. OLIVIER GUILLOD, ALINE SCHMIDT, “Assisted suicide under Swiss law”, p. 26; DELPHINE MONTARIOL, “L’assistance au suicide en Suisse: Un droit controversé”, pp. 107-108 e NICHOLAS QUELOZ, “Cuestiones éticas y legales en relación con la eutanasia en Suiza”, p. 204 e ss.

²²⁶ Existiam até então mais de 20 códigos penais relativos aos vários cantões. GRAVEN, “La répression...”, p. 234 e ss.

STOOS, o “pai do Código Penal Suíço de 1937”, tratava-se de “un désarroi tel qu’ils méritent notre compassion plutôt que la punition”.

Menos consensual foi a descriminalização do auxílio ao suicídio (punido pelos códigos penais dos vários cantões) pois se pretendia limitar-se a participação no suicídio, o desiderato também não era interditi-lo completamente, mais não fosse porque as mesmas razões que justificavam não criminalizar o suicídio estendiam-se à pessoa que auxiliasse, enquanto *longa manus*, o suicida a efectivar o seu intento. CARL STOOS propõe assim que “toda a pessoa que incitar ou auxiliar alguém a suicidar-se é passível de ser punido com pena de prisão de três meses a um ano”.

A previsão, claramente motivada pela prevenção, reuniu consensos, mas cedo a comissão colocou ênfase na necessidade de previsão de requisitos adicionais, tendo sido fulcral a sugestão de ERNST HAFTER de que o auxílio ao suicídio só fosse punível quando motivado em motivo egoístico. É interessante constatar que nos trabalhos preparatórios não foi discutida a não punibilidade por razões de saúde do suicida, numa perspectiva médica, estando em causa considerar não consubstanciar um crime, numa visão romântica, aqueles auxílios ao suicídio fundados em razões de honra ²²⁷.

Surge assim o célebre art.115.º: “Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d’une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d’une peine pécuniaire”. Submetido ao Parlamento em 1918, tanto este como o Conselho Federal reconheceram que o auxílio ao suicídio não deveria ser punido quando motivado por razões altruísticas ²²⁸. Em 1937 o Código Penal Federal ganhou a sua redacção final e em Janeiro de 1942 (após ser referendado) entrou em vigor mantendo-se até hoje tal preceito praticamente inalterado ²²⁹.

²²⁷ GUILLOD, SCHMIDT, Op. Cit., pp. 28-29 e MONTARIOL, Op. Cit., p.107, denota esta autora que a omissão da perspectiva médica é invulgar na medida em que na discussão do art.114.º houve grande participação da ciência médica. Mas já em 1912 ERNST HAFTER considerava que seria injusto criminalizar a conduta daquele que encoraja ou oferece os meios para um doente incurável e determinado a morrer suicidar-se.

²²⁸ Na mensagem que o Conselho Federal endereçou ao Parlamento aquando a apresentação do projecto pode ler-se “ne seront punissables ni le médecin, le fils, l’épouse ou le proche qui, par pitié et par compassion, procurent à l’incurable la dose de morphine ou de véronal qui lui permettra de mettre en terme à ses souffrances, ni par exemple encore l’officier qui, par sentiment d’honneur militaire, engage un camarade coupable d’une faute grave de trahison (...) à se «faire justice» et lui remet l’arme qui doit y servir” (de resto o art.119.º do Código Penal Militar de 1927 corresponde à solução do art.115.º do Código Penal). GRAVEN, “La répression...”, p. 277.

²²⁹ Inicialmente (antes da alteração pela Lei Federal de 13 de Dezembro de 2002) previa-se uma punição diferente “réclusion pour cinq ans au plus ou de l’emprisonnement”, sendo este última uma consequência

Concretizando este preceito, diremos como OLIVIER GUILLOD e ALINE SCHMIDT que é uma “solução intermédia” entre uma impunidade total e uma criminalização atenuada, sem que dela se possa retirar um direito ao auxílio ao suicídio. Assim, para estarmos ante um auxílio ao suicídio punível deverá haver: *a)* um suicídio consumado ou tentado; *b)* a existência de uma pessoa que incita ou auxilia o suicídio; *c)* impelida por motivos egoísticos; *d)* agindo deliberadamente, com intenção. Sendo os dois primeiros quesitos elementos objectivos e os restantes elementos subjectivos.

Em relação ao elemento *a)* importa que o suicida cause, ou tente, de forma voluntária a sua morte. Independentemente dos meios a que recorra deve controlar o processo até a ocorrência da morte; *b)* o agente tem de incitar, impelir o suicida a matar-se ou auxiliá-lo, aconselhando-o, facultando-lhe a substância letal, *et cætera*, mas o acto letal é do suicida sob pena daquele incorrer no crime de homicídio (eventualmente de homicídio a pedido), podendo a omissão relevar se o agente tiver o dever de adoptar uma conduta positiva na prevenção do suicídio ²³⁰; em relação ao *mobile* egoístico, ele existirá quando o auxílio ou incitamento vise a obtenção de uma vantagem pessoal: de ordem financeira, profissional ou afectiva (v.g., herdar por morte do suicida), mas o elemento subjectivo estará igualmente preenchido quando o agente seja norteado pelo desejo de vingança, por ódio, mas já não pela mera indiferença ²³¹; por fim, *d)* há uma acção intencional do agente, isto é, age de forma consciente e voluntária, não bastando a conduta negligente de deixar a arma junto de alguém deprimido que se suicida ²³².

Resulta deste recorte que tem de haver autodeterminação (nos termos do art.16.º do *Code Civil*), o suicida tem de ter capacidade de discernimento, de compreender o significado e a importância do seu acto (ser capaz de um *bilan de suicide*), assim, um

jurídica não criminal, “c’est-à-dire de la peine des «délits» au sens étroit et non de la peine criminelle”, alteração similar ocorreu no art.114.º, que já fora alterado em 1989 para atender-se, tal como no art.115.º, ao “mobile honorable” do homicida. Ibidem, p. 273 e GUILLOD, SCHMIDT, Op. Cit., p.29.

²³⁰ Uma palavra para o crime de omissão de auxílio, estatuído no art.128.º, a este propósito QUELOZ, Op. Cit., pp. 209-210 distingue duas situações: *a)* o autor de um comportamento eutanásico impede alguém de socorrer a vítima, devendo nesse caso o art.128.º em conjunto com o art.111.º, 112.º ou 114.º possibilitar uma pena agravada; *b)* uma pessoa em estado incurável procura suicidar-se e alguém nada faz para impedir, se não existir uma manifestação explícita de tal vontade aquele será punido nos termos do art.128.º, já existindo ou sendo conhecido tal desejo não deverá recair sobre aquele tal dever de auxílio.

²³¹ Nas palavras de GRAVEN, “La répression...”, p.277, “un mobile égoïste démontrant une mentalité criminelle, qu’elle soit perverse, basse ou cupide”, bastando a prova de um único motivo egoístico para a condenação ser possível. MONTARIOL, Op. Cit., p.108, acrescenta que são poucas as condenações, entre 1968 e 1998 houveram apenas cinco. Recentemente um tribunal considerou que um psiquiatra agira egoisticamente ao ajudar num suicídio filmado por uma televisão para posterior difusão pois visava a publicidade da sua pessoa. GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 476.

²³² GUILLOD, SCHMIDT, Op. Cit., pp. 29-30.

auxílio ao suicídio a menores, incapazes ou doentes psiquiátricos será punível enquanto homicídio simples, qualificado ou passional à luz do art.111.º, 112.º ou 113.º pois não existe “un choix libre et consciente de la mort par la victime elle-même: on se trouve en présence d’un homicide intentionnel commis par un «auteur médiat», qui se sert de la victime comme d’un instrument destructeur d’elle-même”²³³.

Do art.115.º resultam vários problemas, desde a inexistência da necessidade de tal auxílio ser oferecido por um médico ou do requisito de nacionalidade ou residência, da não exigência de estarmos ante um suicida com uma afecção incurável ou terminal, ou ainda a fronteira ténue com o homicídio a pedido: aquele que injecta a substância letal a pedido incorre no crime estatuído no art.114.º, mas aquele que a pedido, motivado por razões altruísticas ou por simples indiferença, coloca o cateter para o suicida accionar a injeção, comete um auxílio ao suicídio não punível, o que para alguns implica que se diga que não se trata de forma idêntica a pessoa que é capaz de pôr fim à sua vida com auxílio daquela que, apesar de querer fazê-lo, mesmo com ajuda não o consegue porque está, por exemplo, paralisada²³⁴.

Compreende-se portanto que com disposições legais tão parcas, a partir do momento em que as organizações *right-to-die* se aperceberam das possibilidades interpretativas *a contrario* do art.115.º (é possível o auxílio e incitamento ao suicídio quando motivado em razões altruísticas e honrosas, ou pela simples indiferença), o legislador suíço tenha tentado (infrutiferamente) legislar em matéria de eutanásia e de auxílio ao suicídio. Aponta-se a moção de descriminalização da eutanásia sob dados requisitos (através de um aditamento ao art.115.º) do conselheiro RUFFY, em 1994, como a grande despoletadora da discussão em sede parlamentar²³⁵, mas nesse ano deve destacar-se ainda a proposta de R. KEHL para a regulação dos direitos dos pacientes e da eutanásia através de um aditamento à Constituição de forma a consagrar um direito a morrer em dignidade, bem como através de uma lei que mantendo a descriminalização do auxílio ao

²³³ GRAVEN, “La répression...”, p. 279. Coloca-se a questão de tal pedido poder resultar de um momento de lucidez de um demente, e do suicídio de adolescentes, incapazes em termos legais mas capazes de discernimento, considerando certos autores como SCHUBART que também a estes deve ser vedado o auxílio. Cf. MONTARIOL, Op. Cit., p. 108 e PAUL HOFF, “Le désir de suicide exprimé par des patients souffrant d’une maladie psychique: un symptôme ou une décision autonome?”, p. 853.

²³⁴ Uma discriminação que para alguns violaria a Constituição e a CEDH. GUILLOD, SCHMIDT, Op. Cit., p. 31 e HANSPETER MOCK, “Euthanasie et Suicide Assisté en Suisse : Etat des lieux et perspectives”, pp. 56-57.

²³⁵ Para uma análise das propostas anteriores a 1994 vide QUELOZ, Op. Cit., pp.194-197.

suicídio nos moldes do art.115.º, previa também que uma eutanásia activa directa não seria punível mediante o cumprimento de alguns quesitos ²³⁶.

O Conselho Federal decidiria, depois de considerar que tais iniciativas violavam o direito à vida ²³⁷, criar um grupo de especialistas sobre a eutanásia e auxílio ao suicídio que publicaria em 1999 o relatório sobre *Assistance au décès*, onde se concluía: a) os cuidados paliativos podem melhorar a qualidade de vida dos doentes terminais e afastar pedidos de ajuda à morte, devendo apostar-se no seu desenvolvimento garantindo simultaneamente o direito à recusa de tratamentos ²³⁸; b) a eutanásia passiva, ortotanásia e auxílio ao suicídio não motivado em razões egoísticas não são puníveis, justificando-se a regulação das duas primeiras pela lei e não apenas pelas directivas da ASSM; c) a eutanásia activa directa constitui um crime punível e se optar-se pela descriminalização nunca deverá obrigar-se um médico a praticá-la ou poderá fundar-se num raciocínio de redução de custos. Se a maioria dos peritos propunha uma alteração do art.114.º ²³⁹ de modo a permitir aos tribunais, em circunstâncias excepcionais, extremas e dramáticas não impor nenhuma pena, o Governo optou em 2000 pela opção minoritária (defensora de que os cuidados paliativos adequados tornariam desnecessária a eutanásia) e manteve inalterado o preceito, considerando que permitir a eutanásia activa directa implicaria um “assouplissement de l’interdiction de l’homicide et constituerait la rupture d’un tabou profondément ancré dans notre culture chrétienne” ^{240 241}.

²³⁶ Destaque-se que um deles pressupunha uma hierarquização: o doente só poderia aceder à eutanásia se não fosse possível o auxílio ao suicídio. Ibidem, pp. 220-222

²³⁷ Ante as várias propostas que foram surgindo o Conselho Federal, reiteradamente, frisou o frágil equilíbrio entre o direito à autodeterminação e a defesa da vida humana, alertando que uma lei que previsse detalhadamente as condições em que seria admissível a eutanásia ou/e o auxílio ao suicídio seria em termos práticos impossível, devendo sim os tribunais decidir com base nas circunstâncias de cada caso (e eventualmente pela não punibilidade). Ibidem, pp. 223-225.

²³⁸ Se inicialmente o nível de desenvolvimento e oferta dos cuidados paliativos dependia de cantão para cantão, fruto da competência legislativa daqueles em matéria de saúde pública, desde 2010 com as directivas nacionais relativas aos cuidados paliativos procura-se uma abordagem comum em toda a Confederação, elaborando-se, para o efeito, uma estratégia nacional. Cf. F. STIEFEL, H. NEUENSCHWANDER, “Euthanasie - La position de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs”, p. 1612.

²³⁹ Numa nova alínea ler-se-ia: “Si l’auteur a donné la mort à une personne atteinte dans sa santé d’une manière incurable et se trouvant en phase terminale, cela dans le dessein de mettre fin à des souffrances insupportables et irrémédiables, l’autorité compétente renoncera à les poursuivre, à le renvoyer devant le tribunal ou à lui infliger une peine”. ALBERTO BONDOLFI, “Suisse - L’accompagnement à la mort”, pp. 94-95.

²⁴⁰ BONDOLFI, Op. Cit., p. 95; GUILLOD, SCHMIDT, Op. Cit., pp. 32-33 ; FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., pp. 130-131 e MOCK, Op. Cit., pp. 54-56.

²⁴¹ Entre 2000 e 2002 foram apresentadas várias propostas, umas pugnando pela descriminalização da eutanásia activa directa (proposta CAVALLI) e outras suprimindo ou restringindo o âmbito do art.115.º (as propostas de BAUMANN e VALLENDER). Em 2006, após a apresentação do relatório *Assistance au décès et médecine palliative: la confédération doit-elle légiférer?*, que concluía pela resposta negativa, seriam

Em 2003, as duas câmaras do Parlamento mandatariam o Conselho Federal de elaborar uma proposta de lei relativa à eutanásia passiva, ortotanásia e cuidados paliativos, ao mesmo tempo que o Conselho Federal pediria à NEK-CNE ²⁴² um relatório global sobre eutanásia e auxílio ao suicídio, que acabaria por cingir-se ao último por ser a questão mais premente. Em 2005 a Comissão apresentaria as suas recomendações: *a)* um auxílio ao suicídio motivado por razões não egoísticas deveria continuar a não ser punível, sendo porém necessária a regulação da actividade das organizações que oferecem tal ajuda, bem como formular condições e critérios para poder ser efectuado; *b)* o auxílio ao suicídio de alguém com uma desordem mental ou psicológica não deve ser tolerado; *c)* como regra, as unidades de cuidados a longo prazo devem aceitar que se pratique nos seus espaços o auxílio ao suicídio quando a pessoa que o pede não tem outra residência. Já em relação aos hospitais, cabe a estes decidir, sendo que em caso afirmativo deverão fazê-lo em condições que não causem transtorno a outros pacientes, podendo o seu pessoal invocar a objecção de consciência pois o auxílio ao suicídio não é parte integrante dos cuidados de saúde; *d)* não há do ponto de vista ético nenhuma razão para tratar os estrangeiros de forma diferente dos nacionais, mas deve ser feita uma avaliação cuidada e minuciosa (não parecendo possível que uma única entrevista entre suicida e a organização que vai auxiliá-lo seja suficiente).

Conclui assim a NEK-CNE que os novos preceitos legais devem ter assente que *a)* é necessário haver uma verificação e controle da voluntariedade, consistência do pedido e da capacidade antes do auxílio ser efectuado, bem como avaliar e examinar com o suicida outras opções e perspectivas possíveis; *b)* ninguém pode ser coagido a ajudar ao suicídio; *c)* não poderá praticar-se uma ajuda ao suicídio quando a vontade do suicida é expressão ou sintoma de uma doença psiquiátrica; *d)* as organizações que se prestam a tal prática devem ser sujeitas ao controlo estatal e *e)* está vedado o auxílio ao suicídio a crianças e adolescentes ²⁴³.

Em 2006 o Conselho Federal rejeitou as recomendações da NEK-CNE que em Outubro desse mesmo ano apresentou mais desenvolvidamente as suas propostas na sua tomada de posição *Critères de diligence concernant l'assistance au suicide*, onde, ciente dos perigos inerentes à ajuda ao suicídio dada por certas organizações, a NEK-CNE

todas chumbadas. BONDOLFI, Op. Cit., p.96 ; GUILLOD, SCHMIDT, Op. Cit., pp. 33-34; MOCK, Op. Cit., p. 58 e FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., pp.131-132.

²⁴² Trata-se de um organismo consultivo que tem como missão aconselhar o poder legislativo e executivo sobre questões relacionadas com práticas médicas e investigação biológica. BONDOLFI, Op. Cit., p. 96.

²⁴³ GUILLOD, SCHMIDT, Op. Cit., pp. 34-35.

diferencia estes casos daqueles onde o auxílio é oferecido por um familiar ou alguém próximo, recomendando um maior enquadramento legal das primeiras situações e oferecendo critérios mínimos. Mais uma vez tais propostas não tiveram acolhimento junto do Conselho Federal ^{244 245}.

1.2.) A soft law da Académie Suisse des Sciences Médicales

Ante a premência de regulação do auxílio ao suicídio coube à ASSM, organismo “altamente credível e influente pelo menos no seio da corporação médica” a elaboração de directivas que extrapolaram o universo dos seus destinatários, sendo recorrentemente referidas quer pelo Parlamento quer pelo Conselho Federal, bem como invocadas pelos tribunais, é portanto uma *soft law* ²⁴⁶. Até 2004 a ASSM proibia expressamente o auxílio médico ao suicídio, podendo ler-se nas *Directives médico-éthiques sur l’accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes*” de 1995 que quer o auxílio ao suicídio quer a eutanásia activa directa não são actos médicos e que o dever do médico é assistir o paciente, aliviar o seu sofrimento e canalizar esforços para a preservação da vida ²⁴⁷.

²⁴⁴ Desde 2006 outras tantas propostas, todas elas recusadas, foram apresentadas. Em 2007 o Departamento Federal de Justiça e de Polícia considerou ser inútil legislar em matéria de auxílio ao suicídio, incentivando os cantões a desenvolver os cuidados paliativos. Em Julho de 2008 o Governo pediria ao Ministério da Justiça um parecer na senda de actualizar o art.115.º, tendo aquele recomendado a adopção de soluções restritivas ou a proibição das organizações de ajuda ao suicídio. Em Junho de 2011 o Conselho Federal voltou a ser interpelado tendo lembrado que o seu compromisso era com a prevenção dos suicídios e desenvolvimento dos cuidados paliativos. MONTARIOL, Op. Cit., pp. 110-112; LEGROS, Op. Cit., pp. 73-74 e FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., pp. 135-136.

²⁴⁵ E são já vários os casos públicos que revelam a necessidade de regulação. Na década de 90 um voluntário da *Exit* foi condenado por homicídio (o barbitúrico não surtira efeito e teve de sufocar os dois “suicidas”), em 1999 e 2004 foram retiradas as licenças de prescrição de substâncias controladas a dois médicos, o primeiro não avaliou a paciente e com base no dossier médico diagnosticou uma afecção diferente da doença psiquiátrica que efectivamente sofria, o segundo assistira ao suicídio de vários doentes mentais de forma pouco cuidadosa. Noutro caso (de 2003) um psiquiatra foi condenado por homicídio por negligência em três anos de prisão pois sem o devido cuidado atestara a capacidade de um paciente incapaz. GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 475-476.

²⁴⁶ O que tem suscitado críticas na doutrina, KEHL fala de uma “capitulação do ordenamento jurídico inaceitável num Estado democrático de Direito”, do mesmo modo SPRUMONT, considerando porém que o que é criticável não são as directivas mas as autoridades não procederem à necessária regulamentação, bastando-se com a remissão para aquelas normas éticas, o que não seria válido juridicamente. Em 1996 o Parlamento considerou que as directivas não eram legalmente imperativas mas reconheceu a sua importância para questões de saúde pública. QUELOZ, Op. Cit., pp. 215-216; GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp. 464-465.

²⁴⁷ MONTARIOL, Op. Cit., p. 109. Já a eutanásia passiva e a ortotanásia são aceites na medida em que respeitem a vontade do paciente, devendo ser reportadas como mortes naturais. Quanto à sedação paliativa, esta é diferenciada da ortotanásia e a ASSM recomenda-a apenas quando o controlo da dor assim o exija.

Em 2004, com a *Prise en charge des patients et patients en fin de vie*, pese embora considerar-se que o auxílio ao suicídio não faz parte da actividade médica, reconhece-se que no respeito pela vontade do paciente e em situações excepcionais, poderá o médico ²⁴⁸, após uma decisão moral pessoal (a objecção de consciência é sempre assegurada), aceitar ajudar o paciente a suicidar-se. Nesses casos deve verificar o preenchimento de certas condições elementares: *a)* se o fim da vida está próximo (o requisito do estado terminal é exigido, considerando-se que a morte deverá ocorrer dentro de alguns dias ou semanas); *b)* se o desejo de morrer do paciente é reiterado, repetido e reflectido, não resulta de nenhuma pressão exógena bem como aferir a capacidade de discernimento e ainda descortinar se tal pedido não é “somente” um sintoma de uma doença do foro psíquico; *c)* se foram exploradas outras opções de tratamento (mormente cuidados paliativos) sempre no respeito pela vontade do paciente; *d)* o gesto letal tem de ser do doente. A verificação do quesito *a)* deve ainda ser reiterado por uma terceira pessoa (não necessariamente um médico) ²⁴⁹.

Com a tomada de posição da Comissão Central de Ética da ASSM: *Problèmes de l'assistance médicale au suicide* de 2012 veio concretizar-se as recomendações de 2004, estabelecendo que o cumprimento dos requisitos plasmados naquelas pressupõe: várias consultas personalizadas e intervaladas, se o paciente for um doente psiquiátricos o médico deve ser especializado em tal área, deve procurar-se envolver as pessoas próximas do paciente em todo o processo e ao prescrever a substância letal não deverá o médico aferir sozinho a capacidade de discernimento ²⁵⁰. Por outro lado, para além de reiterar-se a necessidade do requisito de doença terminal, afasta-se expressamente os casos de cansaço de viver ²⁵¹.

Note-se que estas directivas vieram substituir as relativas à eutanásia de 1976. QUELOZ, Op. Cit, p. 213 e ss; GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., pp. 465-468.

²⁴⁸ Entende a ASSM que, na medida em que o médico actue fora das suas funções, isto é, enquanto cidadão, poderá praticar um auxílio ao suicídio nos termos do art.115.º e não comunicá-lo sequer às autoridades. SAMIA HURST, ALEX MAURON, “Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians”, p. 271.

²⁴⁹ Todo o processo deverá ficar documentado e a morte deve ser comunicada às autoridades como um óbito por causas não naturais. GUILLOD, SCHMIDT, Op. Cit., p.27; FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., pp.134-135.

²⁵⁰ A propósito das razões mais invocadas pelos médicos para decidirem-se pela prescrição da substância letal, Cf. SUSANNE FISCHER (Et Al.), “Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians”, p. 333 e ss., invocando-se maioritariamente o sofrimento não tratável e insuportável. Já na óptica do paciente a razão mais apontada é a perda de dignidade.

²⁵¹ Da violação dos quesitos poderão advir sanções disciplinares. Em Março de 2013 a ASSM anunciou que procederá a um estudo acerca das atitudes dos médicos em relação ao auxílio ao suicídio.

Na sequência da permissão pelo Cantão de Zurique ²⁵² a associações que oferecem auxílio ao suicídio para desenvolverem a sua prática em estabelecimentos para a terceira idade sob condições rigorosas, a ASSM elaborou as directivas médico-éticas *Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance* sugerindo às instituições que permitem tais práticas nas suas instalações exigir que as organizações cumpram certas obrigações como não associar o pessoal de saúde da instituição ao suicídio e agir no respeito pela sensibilidade dos restantes residentes. Já em 2006 o Centro Hospitalar Universitário de Lausana decidiu abrir as suas portas às organizações *right-to-die*, tendo a ASSM emitido duas tomadas de posição. Na primeira (Fevereiro de 2006), adverte que diferentemente dos lares, nos hospitais em princípio o paciente permanece por um período limitado, sendo raro tais pedidos de suicídio. Já na segunda (Janeiro de 2007) sugere que nem os médicos nem o restante pessoal devem auxiliar os suicídios em contexto hospitalar, e considerando que tais pedidos são poucos, adverte os hospitais para não elaborarem *check-lists* exaustivas ²⁵³.

1.3.) As organizações *right-to-die*

Face à atitude do legislador e às orientações dadas pela ASSM de tanto quanto possível apartar o médico dos auxílios ao suicídio (basicamente são apenas indispensáveis em matéria de prescrição da substância letal ²⁵⁴ e na avaliação da capacidade de discernimento), ofereceu-se terreno fértil às organizações defensoras de um direito à morte e disponíveis para ajudar nos suicídios (calculando-se que estejam envolvidas em cerca de 10% dos suicídios e em 92% dos casos onde um médico prescreveu o barbitúrico). Foi inclusive uma destas organizações, a *Exit*, a primeira a explorar as potencialidades do art.115.º *a contrario* em 1984. Entre as várias associações, deve destacar-se a *Exit* de

²⁵² Note-se que é em Zurique que estão sedeadas as maiores organizações de ajuda ao suicídio: a *Exit* e a *Dignitas* e que em 2012 o cantão de Vaud também possibilitou e regulou o acesso de tais organizações aos seus hospitais e estabelecimentos médico-sociais sob dadas condições. MONTARIOL, Op. Cit., pp. 109-110.

²⁵³ Acerca da experiência do Hospital de Lausana (seguida em 2006 pelo Hospital de Genebra, tendo em 2007 o Hospital de Universidade de Zurique optado por uma *studied neutrality*) vide JEAN-BLAISE WASSERFALLEN, RENÉ CHIOLÉRO, FRIEDRICH STIEFEL, “Assisted suicide in an acute care hospital: 18 months ‘experience’”, p. 239 e ss. O procedimento pode ser visto no Anexo 2.9.

²⁵⁴ O quadro legislativo em vigor estatui que só os profissionais médicos podem prescrever uma série de substâncias, entre as quais o recorrente pentobarbital de sódio, e devem respeitar as “*règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales*” de tal modo que a prescrição pressupõe “un diagnostic posé selon la déontologie professionnelle d’un médecin et une indication médicale et un entretien d’information (sob pena de sanções civis, disciplinares e penais).

expressão alemã (*Exit-Deutsche Schweiz*), a *Exit ADMD* francófona (*Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité*) e a *Dignitas*, sediada em Zurique, mundialmente famosa por auxiliar estrangeiros a suicidar-se ²⁵⁵.

A *Exit*, criada em 1982 (se bem que só começou a auxiliar no suicídios a partir de 1984, antes limitava-se a fornecer um manual com instruções) é a maior organização pela *auto délivrance* (com mais de 52 000 membros), tem a sua sede em Zurique e Berna, defende que “o direito à disposição da própria vida faz parte da expressão da autodeterminação e dignidade da pessoa” e, por princípio, só auxilia suíços (*maxime* os seus membros e normalmente os mais antigos) exigindo o cumprimento dos seguintes quesitos: o requerente tem capacidade de discernimento e o seu pedido é repetido e reiterado, apresenta um prognóstico sem esperança (não necessariamente terminal) e encontra-se em sofrimento insuportável ou bastante incapacitado (interpretando-o de forma ampla, ajudando, por exemplo, pessoas bastante idosas que encontram-se “somente” cansadas de viver” ²⁵⁶). A organização não veda inclusive o auxílio a doentes com *alzheimer* mas só numa primeira fase (após essa fase e mesmo que exista uma DAV à luz do direito helvético aquele instrumento só fundamentará uma eutanásia passiva ou uma ortotanásia e nunca um auxílio ao suicídio), em relação a outros doentes psiquiátricos, na sequência de um caso de 1998 onde as autoridades médicas de Basileia impediram o suicídio de uma doente mental, o comité de ética ²⁵⁷ da organização recomendou que não devia ser prestada tal ajuda a doentes com afecções mentais (não obstante a *Exit* calcula que em 18% dos casos para além da doença somática que fundamenta o suicídio existe ainda uma afecção psiquiátrica). Verificados que são os quesitos um médico que trabalhe com a *Exit* ou o médico de família prescreve o pentobarbital de sódio e dois membros da associação ajudarão no suicídio. O óbito é comunicado às autoridades como não natural e

²⁵⁵ Pese embora a *Exit International* fundada em 1996 também auxiliar estrangeiros. Outra associação conhecida é a *SuizidHilfe* e cujo líder chegou ao banco dos réus por ajudar no suicídio de doentes psiquiátricos. FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 77 e ss.

²⁵⁶ Dos 748 suicídios assistidos entre 1990-2000, 21% correspondiam a situações tratáveis. A possibilidade que a *Exit* e as outras associações abrem, dada a vaguidade do art.115.º, para o crescente auxílio ao suicídio de pessoas muito idosas/cansadas de viver revela, mais uma vez, a passividade do poder público como denota JEAN MARTIN, “Assistance au suicide et «fatigués de la vie»”, p. 2098.

²⁵⁷ O comité de ética visa dar resposta aos casos mais difíceis bem como supervisionar todos os auxílios ao suicídios. STEPHEN ZIEGLER, GEORG BOSSHARD, “Role of non-governmental organisations in physician assisted-suicide”, pp. 296-297.

dado que entende-se que a associação não tem um *mobile* egoístico só haverão investigações se suspeitar-se da falta de capacidade de discernimento do suicida ²⁵⁸.

Relativamente à *Exit ADMD*, a sua criação remonta a 1982, tem cerca de 13 500 membros e sede em Genebra e tal como a *Exit* cinge a sua actuação a nacionais. Defensora de uma morte digna e humana, “de não prolongar a agonia, julgada insuportável pela pessoa em causa”, assume ainda um papel de sensibilização para estas questões, inclusive junto dos médicos (defendendo a eutanásia activa directa para os casos onde o suicídio já não seja possível). Para a *Exit ADMD* auxiliar um suicídio têm de estar reunidos cinco “princípios de precaução”: discernimento; pedido sério e repetido; doença incurável; sofrimentos físicos ou psicológicos intoleráveis; prognóstico fatal ou invalidez significativa ²⁵⁹.

Por fim, a célebre *Dignitas*, fundada em 1998 e com sede em Zurique norteia a sua actividade para estrangeiros, tendo mais de 5989 membros (de 53 países, e segundo dados de 2013, 23 portugueses), e exige que o candidato tenha uma doença terminal, “uma incapacidade que muito prejudica a actividade quotidiana ou padeça de dor insuportável e incontrolável”, bem como capacidade de discernimento (a *Dignitas* acede porém a auxílios ao suicídio de doentes com *alzheimer* nos mesmos moldes da *Exit*) ²⁶⁰.

São várias as polémicas em torno desta organização. Uma delas prende-se com a eventual perseguição criminal dos acompanhantes dos suicidas quando o país de origem puna o auxílio ao suicídio, é o caso inglês (e o nosso) onde o art.2/1.º do *Suicide Act* de 1961 prevê o crime de auxílio ao suicídio, tendo ficado célebre o caso de Debbie Purdy, uma doente com esclerose múltipla que desejando suicidar-se e consciente de que o seu marido acompanhando-a até Zurique poderia ser considerado cúmplice de um crime de auxílio ao suicídio recorreu, em 2008, aos tribunais pedindo uma clarificação do *Suicide Act*. A decisão, *R. (Purdy) vs Director of Public Prosecutions* (DPP) seria dada em 2009

²⁵⁸ Uma análise independente e crítica dos auxílios ao suicídio levados a cabo pela *Exit* pode ser encontrada em GEORG BOSSHARD, ESTHER ULRICH, WALTER BÄR, “748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation”, p. 310 e ss. e ANDREAS FREI, (Et Al.), “Assisted suicide as conducted by a «Right-to-Die» society in Switzerland: A descriptive analysis of 43 consecutive cases”, p. 375 e ss.

²⁵⁹ Sobre um estudo levado a cabo pelo Instituto Universitário de Medicina Legal da Universidade de Genebra a 200 auxílios ao suicídio da *Exit ADMD*, Cf. FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 83 e ss.

²⁶⁰ Sobre o procedimento que permite ao membro saber que tem luz verde (*grünes licht*), isto é, que um médico prescreverá a substância letal e custos, vide Ibidem, p. 89 e ss. Em 2007 a *Dignitas* assistiu a 138 suicídios, concluindo um estudo com base em 387 casos que o processo que culmina com a prescrição da substância letal demora na maioria dos casos 49 dias e que dos 67,3% que obtiveram luz verde 19,4% deslocaram-se à Suíça para a consulta mas só 13,3% obtiveram o pentobarbital de sódio

(já em sede de recurso pela *House of Lords*) e negava a Purdy a possibilidade de levar a tribunal o DPP para garantir que não perseguiria um assistente que vai até ao estrangeiro auxiliar num suicídio (oficializando a conhecida tolerância das autoridades judiciais inglesas nestes casos). Uma recusa assente no facto de não caber àquele órgão proceder a uma descriminalização *de facto*, que ocorreria se tivesse de ser firmado um *policy-statement*, cabendo sim ao Parlamento discutir e decidir-se pela manutenção ou descriminalização do crime de auxílio ao suicídio. Não obstante, não deixou o alto tribunal de considerar que embora o DPP possa deduzir acusação, nestes casos o mais recomendável é os tribunais optarem pela não punibilidade, pois “nem sempre é do interesse público condenar alguém envolvido” (v.g. uma pessoa "motivada pela compaixão" que tenha uma "participação menor" no suicídio de alguém que lhe é próximo e que, por sua vez, manifestou uma "intenção clara e informada", pode inclusive nem sequer ser acusada) ²⁶¹.

Parece indelével os perigos desta autorregulação das organizações (não obstante este espaço considerável de actuação dado a não-médicos ser apontado como uma vantagem na medida em que não se potencia a actuação de um médico num papel que considera não ser o seu), e que tem somente como limite algumas regulamentações dos Cantões e sobretudo os obstáculos que a classe médica, por intermédio da ASSM, colocam ao auxílio ao suicídio. Mas não bastará o controlo governamental das associações, é forçoso legislar sobre o auxílio ao suicídio, sob pena daquela fiscalização ou reconhecimento oficial das suas funções ser uma espécie de aprovação tácita de um fenómeno que extravasa claramente a compreensão originária e consensual do art.115 ° ²⁶².

²⁶¹ J.R.SPENCER, “Case and Comment: Assisted Suicide and the discretion to prosecute”, p. 493 e ss. Entende porém FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 138 que este entendimento já existia desde 2008 quando o DPP no caso do jovem James Daniel, pronunciou-se no sentido de que, embora houvesse indícios suficientes para abrir um inquérito, “não era do interesse público fazê-lo”.

²⁶² GUILLOD, SCHMIDT, Op. Cit., p.31. Num estudo de 2014 onde foram analisados 1301 (dos 1329) suicídios da responsabilidade da *Exit*, *Exit ADMD* e a *Dignitas* reportados às autoridades entre 2003-2008 reafirmam-se algumas das preocupações já referidas. O estudo conclui que, apesar de não se poder falar de uma vertente escorregadia a verdade é que identificaram-se 20 suicídios motivados por doenças mentais sem que outra causa conste dos relatórios, em 16 casos o suicida sofria de depressão e em quatro casos de demência, o que vai contra quer as orientações da ASSM quer do Tribunal Federal Suíço que em 2009 condenou um psiquiatra por ajudar no suicídio de duas pessoas com problemas psíquicos. Igualmente preocupante é o facto de em 16% das comunicações não constar a doença que motivou o suicídio. E pese embora tais associações exigirem nos seus estatutos a existência de uma doença incurável, grande incapacidade ou sofrimento insuportável, em 25% dos casos não há uma afecção não tratável sendo crescentes as notícias que a idade avançada e o cansaço de viver consubstanciam motivo suficiente para o

1.4.) Directivas Antecipadas de Vontade

Até 1 de Janeiro de 2013 a existência e validade das DAV dependia da legislação cantonal, e, pese embora existir “um consenso generalizado no primado do princípio da autonomia na interpretação das declarações do paciente em fim de vida”, se em alguns cantões (v.g. Zurique, Neuchâtel) a legislação concedia força vinculativa àqueles instrumentos, muitos não as regulavam especificamente, entendendo-se que apenas deveriam ser tomadas em conta para determinar a vontade presumida do paciente ²⁶³.

A *Loi sur protection des adultes* trouxe a previsão a nível federal, nos art.370.º e ss. do Código Civil Suíço, das DAV. Segundo aquele preceito toda a pessoa capaz de discernimento pode elaborar uma DAV onde estabelece que tratamentos médicos pretende ou renuncia numa situação de incapacidade, podendo ainda nomear um representante terapêutico (art.370/2.º). As DAV devem ser reduzidas a escrito, datadas e assinadas, podendo indicar-se a sua existência e depósito no cartão de saúde (art.371.º), por outro lado, a lei estatui expressamente a natureza vinculativa destes instrumentos, obrigando (salvo em caso de urgência) o médico a aferir da sua existência (art.372/2.º) e a respeitá-las se não violarem disposições legais ou não havendo dúvidas sérias sobre serem expressão livre da vontade do paciente ou sua vontade presumida naquela situação (afasta-se portanto uma DAV de eutanásia activa directa e de auxílio ao suicídio na medida em que o art.115.º exige capacidade de discernimento e um gesto letal do suicida, impedindo-se, por exemplo, que um doente psiquiátrico possa aproveitar-se daquelas), devendo o médico consignar no dossier médico as razões porque não atendeu à DAV (art.372/3.º) ²⁶⁴.

Concluindo, o país com a solução legal mais antiga em matéria da descriminalização do auxílio ao suicídio (ainda) encontra-se a meio caminho. Se por um

auxílio. NICOLE STECK (Et Al.), “Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study”, pp. 1-8 e Anexo 2.8.

²⁶³ Inicialmente estes instrumentos geraram reacções negativas junto da classe médica por limitarem a liberdade na avaliação clínica e na tomada de decisão, essa atitude seria todavia atenuada com as directivas da ASSM de 1981, 1989 e 1995 e com a criação de modelos de elaboração de DAV por organizações de cariz social. BONDOLFI, Op. Cit., pp. 89-92; QUELOZ, Op. Cit, pp. 211-212 e ANDORNO, BILLER-ANDORNO, BRAUER, Op. Cit., pp. 219-220.

²⁶⁴ Garante-se ainda a qualquer pessoa próxima do declarante recorrer à Autoridade de Protecção do Adulto nos casos das DAV não terem sido respeitadas, por os interesses do paciente estarem comprometidos ou correrem tal risco ou ainda porque não são a expressão da livre vontade do paciente (art.373.º). FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, pp. 312-313. A ASSM em Janeiro de 2013 veio rever as suas directivas nesta matéria, reiterando a importância do médico no aconselhamento e elaboração e acatando a solução da imperatividade. Note-se que a NEK-CNE também já se pronunciara na sua *Prise de Position* n.º17/2011.

lado a eutanásia activa directa parece ser uma meta que não se pretende alcançar (pese embora a fronteira ténue com o auxílio ao suicídio) a solução legal revela as suas insuficiências e o legislador, como sintetiza OLIVIER DE SCHUTTER, encontra-se num impasse²⁶⁵.

²⁶⁵ OLIVIER DE SCHUTTER, “L’aide au suicide devant la Cour Européenne des Droits de L’Homme” pp.108-109. Este impasse que acaba por redundar na falta de regulamentação e controlo não permite por exemplo, e diferentemente do caso holandês e belga, chegar a conclusões acerca de elementos como a voluntariedade do pedido, do consentimento informado e da redução daquele a escrito, veja-se neste sentido o estudo comparativo de PENNEY LEWIS e ISRA BLACK, “Adherence to the Request Criterion in Jurisdictions Where Assisted Dying Is Lawful? A Review of the Criteria and Evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland”, p. 885 e ss.

CAPÍTULO 5

EUTANÁSIA, AUXÍLIO AO SUICÍDIO E CONVENÇÃO EUROPEIA DOS DIREITOS DO HOMEM

1.1.) As Recomendações do Conselho da Europa

A primeira condenação da eutanásia e do auxílio ao suicídio pelo Conselho da Europa remonta à Recomendação 779 da Assembleia Parlamentar de 1976 sobre os direitos dos doentes e dos moribundos e onde se podia ler (§7) que o médico não teria o direito (“même dans les cas qui lui semblent désespérés”) de intervir intencionalmente no processo natural da morte. Em 25 de Junho de 1999, com a Recomendação 1418 sobre a protecção dos direitos do homem e da dignidade dos doentes com doenças incuráveis e dos moribundos, a posição do Conselho não se alteraria. Admite-se que há situações de ameaça aos direitos fundamentais dos doentes incuráveis e dos moribundos (§7), recomenda-se a consagração dos cuidados paliativos como direitos individuais (§9.A), mas em matéria de eutanásia não só estatui-se que em caso de dúvida todas as DAV devem ser sempre interpretadas a favor da manutenção da vida (§9.B), como mantém-se “l’interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants”, sublinhando-se que o desejo de morrer não constitui fundamento jurídico ou justificação legal (§9.C) ²⁶⁶.

Em 2012, a Assembleia Parlamentar com a Resolução 1859 e a Recomendação 1993 sobre a protecção dos direitos do homem e da dignidade da pessoa, incentiva as DAV e propõe vias de regulação ²⁶⁷, mas mantém o entendimento que “l’euthanasie, dans le sens de l’usage de procédés par action ou par omission permettant de provoquer intentionnellement la mort d’une personne dépendante dans l’intérêt allégué de celle-ci, doit toujours être interdite” (art.5.º).

²⁶⁶ Como sublinha ANABELA MIRANDA RODRIGUES, “Anotação ao art.2.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia”, p. 5. ao aceitar-se que os cuidados paliativos tenham como efeito secundário reduzir a vida do enfermo (§9.A.vii), está-se, naturalmente, a admitir a eutanásia activa indirecta. No mesmo sentido vide DICK MARTY, “Recommandation 1418 - La position du Conseil de l’Europe”, p. 135 e ss., considerando que a Assembleia Parlamentar acaba assim por ser contraditória quando afirma-se contrária a toda a forma de eutanásia.

²⁶⁷ Reitera-se a recomendação CM/Rec (2009)11 do Comité de Ministros sobre os princípios relativos às procurações permanentes e as directivas antecipadas e a Convenção de Oviedo (Cf. art.7.º e ss.).

Assim, no plano governamental do Conselho da Europa, a eutanásia e o auxílio ao suicídio não são direitos mas sim violações do direito à vida, não se abrindo brechas a que o valor da autonomia individual prime sobre o direito à vida ²⁶⁸.

1.2.) O TEDH e a Eutanásia

Somente dois casos de eutanásia foram decididos pelo Tribunal de Estrasburgo. No primeiro, caso *Widmer vs Suíça* de 10 de Fevereiro de 1993, um idoso com *Parkinson* em estado terminal faleceu porque os médicos, sem consulta prévia da família e sem que o moribundo houvesse expresso tal vontade, desligaram as máquinas (eutanásia passiva). O seu filho reclamaria então a responsabilização do Estado Suíço por negligência, na medida em que não se previa *expressis verbis* a punição de uma eutanásia passiva não voluntária, violando-se assim o art.2.º da CEDH. A então Comissão Europeia dos Direitos do Homem entendeu que, embora o art.2.º exija aos Estados a abstenção de provocar intencionalmente a morte e a adopção de medidas adequadas à protecção da vida, não haveria aqui inércia ou omissão na protecção da vida humana dado que o Código Penal punia o homicídio por negligência (art.º 117) e, como tal, a “protection accordée par la loi est suffisante pour permettre de dire que l’Etat défendeur a satisfait à l’obligation de protéger la vie, que lui impose l’article 2.º de la Convention. Le législateur suisse ne saurait être critiqué pour s’être abstenu d’édicter une disposition punissant l’euthanasie passive” ²⁶⁹.

Já no caso *Glass vs Reino Unido* de 9 de Março de 2004, o TEDH foi chamado a pronunciar-se acerca da administração a uma criança, com graves deficiências físicas e mentais, de um medicamento paliativo com a consequência lateral de encurtamento da sua vida (ortotanásia). Tratamento que havia contado com uma fortíssima oposição da mãe que porém não arguiria a violação do art.2.º, mas sim do art.8.º, na medida em que tal ingerência não respeitara o art.8/2.º: não estava prevista na lei (c. 63) e, a título subsidiário, sempre seria excessivamente brutal e desproporcionada (c. 64). O Tribunal descartando os argumentos da urgência (que justificavam para o governo do Reino Unido o não recurso aos tribunais para desbloquear a oposição da mãe) e de anteriores consentimentos,

²⁶⁸ De perto, GRÉGOR PUPPINCK, “Observations en tierce intervention soumises à la deuxième section de la Cour Européenne des Droits de l’Homme dans l’affaire Alda Gross contre la Suisse, par le European Centre for Law and Justice”, pp. 15-16.

²⁶⁹ A Comissão entendeu ainda que não haveria, como arguido pelo requerente, violação do art.8.º ou do art.13.º. SANZ CABBALERO, Op. Cit., p. 175 e RAPOSO, “O Direito...”, p. 84.

concluiria pela violação da reserva de vida privada (c. 83) não se pronunciando acerca de uma eventual violação do direito à vida (até porque a criança acabaria por sobreviver).

Como conclui SANZ CABALLERO estas duas decisões indiciam um TEDH muito mais compreensivo com situações de eutanásia passiva voluntária do que com a activa, dada a diferença “entre el acto de desconectar a un enfermo terminal de las máquinas que lo mantienen vivo dejando que la naturaleza siga su curso y el acto de administrar fármacos que aceleran la muerte aunque alivien el dolor”^{270 271 272}.

²⁷⁰ SANZ CABALLERO, Op. Cit., p. 176. É de resto essa a conclusão a que chega DE SCHUTTER, Op. Cit., p. 101 e ss. com base no direito do paciente a recusar qualquer tratamento, mesmo que vital, conforme o art.5.º da Convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina/Convenção de Oviedo de 1997, onde estatui-se a necessidade de um consentimento livre e informado para qualquer intervenção no domínio da saúde. Sobre isto, ISABELLE ERNY, “Les principes de la convention d’Oviedo et le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux en fin de vie: le regard du comité directeur de bioéthique du Conseil de l’Europe”, p. 79 e ss.

²⁷¹ Outro caso de eutanásia passiva não voluntária que chegou ao TEDH foi o *Ada Rossi e outros vs Itália* de Setembro de 2008, relativo ao célebre caso de Eluana Englaro. Sobre este caso vide STEFANO BIONDI, “Can good law make up for bad politics? The case of Eluana Englaro”, p. 447 e ss. e ENNIO FORTUNA, “Il consenso informato e l’eutanasia nella casistica giudiziaria di Stati Uniti, Europa e Italia”, pp. 1005-1007. A decisão do Tribunal de Milão de interrupção da alimentação e hidratação artificial levaria então alguns cidadãos e um conjunto de associações *pro vita* a requerer a apreciação do TEDH, alegando haver uma violação dos artigos 2.º e 3.º da CEDH. O TEDH consideraria que os indivíduos e as associações requerentes não podiam ser consideradas vítimas directas da lesão dos direitos invocados pois a decisão fora adoptada a propósito de circunstâncias concretas relativas a uma terceira pessoa, para além de que as associações não haviam sido impedidas de continuarem a realizar os seus objectivos ou as suas actividades tinham sofrido qualquer prejuízo. Por outro lado, reafirma-se que um recurso não se pode fundar apenas na prevenção, salvo “em circunstâncias completamente excepcionais em que o risco de uma violação futura pode conferir ao recorrente a qualidade de vítima”, concluindo-se pela inadmissibilidade dos requerimentos. Acrescente-se que quer a eutanásia activa directa quer o auxílio ao suicídio são punidos (com molduras penais inferiores às previstas para o homicídio simples - art.575.º) nos arts.579.º e 580.º do Código Penal Italiano (pese embora os quesitos do art.579.º levarem alguma doutrina a considerar que a eutanásia activa directa deve ser punida como qualquer homicídio e, eventualmente, atenuada). Já em relação à ortotanásia há consenso na sua admissibilidade, enquanto a eutanásia passiva voluntária e as DAV continuam a ser discutidas, como se viu no caso *Welby*, pese embora a doutrina dominante defender a sua licitude. Cf. MANTOVANI, Op. Cit., p. 97 e ss; SERGIO SEMINARA, “La eutanasia en Italia”, p. 78 e ss; LUCA MONTICELLI, “Eutanasia, Diritto Penale e Principio di Legalità”, p. 462 e ss. e FEDERICA SCALVA, “L’attuale discussione sull’eutanasia e il suicidio assistito in Italia con particolare riferimento al caso Welby”, p. 69 e ss.

²⁷² Actualmente encontra-se a correr um caso de eutanásia passiva: *Requête* n.º46043/14: Pierre Lambert e outros vs França de 23 de Junho de 2014. Trata-se do caso de Vincent Lambert, tetraplégico em estado vegetativo e dependente de alimentação e hidratação artificial, cujo médico decidiu a 11 de Janeiro de 2014, nos termos do Código da Saúde Pública (com as modificações da lei n.º2005-370 de 22 de Abril de 2005, comumente conhecida como *Loi Leonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie* - art.L.1110-5, L. 1111-4. e R. 4127-37) pelo fim da alimentação e hidratação. Os pais (requerentes ante o TEDH) interporiam recurso de tal decisão para o tribunal administrativo que a 16 de Janeiro suspendeu a decisão do médico. A 31 de Janeiro de 2014 a esposa de Lambert recorria ao *Conseil d’État* que se decidiu, a 24 de Junho de 2014, pela manutenção da interrupção. A 23 de Junho de 2014 os pais do doente recorreriam para o TEDH (arguindo a violação do art.2.º, 3.º, 8.º e na medida em que alegadamente o médico não fora imparcial o art.6./1.º da CEDH), e o alto tribunal lançando mão das medidas provisórias do art.39.º do Regulamento do TEDH, ordenaria, a 25 de Junho de 2014, a suspensão do acórdão do *Conseil d’État* dando prioridade ao caso. Na França a Lei *Leonetti* trouxe a admissibilidade da ortotanásia (art.L-1110-5 do Código de Saúde Pública) e da eutanásia passiva voluntária (art.L1111-4, 10 e 13 do mesmo diploma e até, sob dados requisitos que estão em causa no caso Lambert, a passiva não voluntária). Ao invés, quer a eutanásia activa

1.3.) O TEDH e o Auxílio ao Suicídio

Um dos primeiros casos analisados, pela então Comissão, foi o caso *R. vs Reino Unido* datado de 4 de Julho de 1983 onde confirmou-se a condenação de um membro da *Voluntary Euthanasia Society*. O requerente alegava que a assistência ao suicídio era um assunto que caía na esfera da sua vida privada, pelo que tal condenação seria contrária ao art.8.º da CEDH. Já a Comissão consideraria que, estando em causa uma ajuda ao suicídio, existiria um bem superior, do interesse público, que não podia ser legitimado pela reserva da vida privada e que, na verdade, a vida relevante *in casu* era a do suicida e não a do assistente ²⁷³.

O caso mais conhecido ²⁷⁴ é porém o caso *Pretty vs Reino Unido* de 29 de Abril de 2002. Dianne Pretty de 43 anos padecia de uma doença neuro-degenerativa incurável e restando-lhe algumas semanas ou meses de vida, e dado estar paralisada praticamente do pescoço aos pés, pretendia conscientemente cometer suicídio com a ajuda do seu esposo, requerendo para esse efeito ao *Director of Public Prosecutions* (DPP) a não perseguição criminal daquele. Com efeito, com a entrada em vigor da Lei de 1961 sobre o suicídio este deixara de ser crime (bem como a tentativa), prevendo-se porém (art.2/1.º) a pena de prisão para o assistente ²⁷⁵. Sendo recusado tal pedido, e após ver frustradas as suas expectativas

directa, e a provocação ao suicídio são puníveis, respectivamente, nos termos do art.221/1.º e ss. (homicídio, assassinato, envenenamento) e do 223/13.º do Código Penal. Cf. GRIFFITHS, WEYERS, ADAMS, Op. Cit., p. 371 e ss; ROXANI FRAGKOU, “De l’euthanasie aux soins palliatifs: la nécessité d’une réponse au-delà du strict droit positif”, p. 76 e ss e ANNE-MARIE DUGUET, “Euthanasia and Assistance to End of Life Legislation in France”, p. 109 e ss. Sobre a Lei *Leonetti*: DIANE DE SAINT AFFRIQUE, “Regard sur la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie”, p. 133 e ss. e CÉCILE MANAOUIL, MAXIME GIGNON, “Mise en œuvre de la loi sur la fin de vie”, p. 267 e ss.

²⁷³ Foi ainda invocada a violação do art.10.º, tendo a Comissão considerado que o Estado tem o direito de adoptar medidas que visem proteger os cidadãos, sobretudo os mais vulneráveis, de todo o comportamento criminal, podendo ainda precaver-se contra os inevitáveis abusos que se produziriam na ausência de uma legislação que puna a ajuda ao suicídio. SANZ CABBALERO, Op. Cit., p. 176; RAPOSO, Op. Cit., p. 84; DE SCHUTTER, Op. Cit., p. 87.

²⁷⁴ Vide M. A. SANDERSON., “*Pretty V. United Kingdom*”, p. 943 e ss; ANTÓNIO HENRIQUES GASPAS, “Eutanásia. Não, obrigado? – Caso *Pretty v. Reino Unido*”, p.171 e ss; H. NARAYAN-FOURMENT, “L’euthanasie active : la position prudente de la Cour européenne des droits de l’Homme”, p. 98 e ss; DE SCHUTTER, Op. Cit., p.71 e ss; DANIEL RIETIKER, “From Prevention to Facilitation? Suicide in the Jurisprudence of the ECtHR in the Light of the Recent *Haas v. Switzerland* Judgement”, p.111-118; SANZ CABBALERO, Op. Cit., p. 177 e ss. e RAPOSO, Op. Cit., p. 85 e ss.

²⁷⁵ Já a eutanásia activa é punível como homicídio e com pena que pode ir até a prisão perpétua, sem que o consentimento seja previsto como circunstância atenuante (diferentemente da *mercy killing*). A ortotanásia é comumente aceite com base na teoria do duplo efeito (caso *Adams* de 1957) e a eutanásia passiva voluntária, *maxime* com o caso de *Bland* de 1993 e de *Miss B* de 2001, delineados à volta do consentimento informado e do direito a recusar tratamentos, é também lícita (no caso *Bland* permitiu-se mesmo desligar as máquinas, pese embora não existir uma DAV, com base na argumentação dos *best interests* do paciente).

nos meios de recurso internos ²⁷⁶, Pretty avançaria para o TEDH arguindo a violação do art.2.º 3.º, 8.º, 9.º e 14.º.

O Tribunal, reafirmando a natureza primordial e matricial do direito à vida, enquanto *conditio sine qua non* do exercício dos demais direitos e liberdades da CEDH, relembria que do art.2.º não se retira somente para os Estados a obrigação negativa de não privação de uma vida, mas também a obrigação de: a) reprimir a privação intencional e ilegal e b) adoptar as medidas operacionais preventivas que possibilitem a protecção do indivíduo (uma obrigação positiva, que nunca é absoluta na medida em que não podem impor uma carga excessiva ou insuportável para as autoridades) ²⁷⁷.

Mas este direito à vida, diferentemente de outros direitos da Convenção, não poderá ser interpretado como tendo uma feição negativa (como por exemplo o art.11.º de onde se retira o direito a pertencer mas também a não pertencer a uma associação), assim, (c. 39): “l'article 2 ne saurait, sans distorsion de langage, être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir ; il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination en ce sens qu'il donnerait à tout individu le droit de choisir la mort plutôt que la vie”. E, não havendo um direito a morrer não será possível inferir do art.2.º a prerrogativa de findar a vida com o auxílio de terceiros ou de uma autoridade pública (c. 40) ^{278 279}.

ANDREW GRUBB, “Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion”, p. 89 e ss. e SCHEILA MCLEAN, “Royaume-Uni – L'illégalité de l'euthanasie”, p. 99 e ss.

²⁷⁶ A Câmara dos Lordes, embora sensível ao caso, confirmaria em 29 de Novembro de 2001 a decisão do DPP e rejeitaria o recurso, considerando que o art.2.º da CEDH não estatuiu um direito à morte e que o DPP não poderia renunciar à perseguição de um crime futuro e hipotético (c. 14).

²⁷⁷ Sobre estas medidas de cariz mais positivo (v.g. investigação de homicídios, concessão de protecção especial a pessoas em perigo de vida) vide SANZ CABALLERO, p. 171 e ss; RAPOSO, Op. Cit., p. 61 e ss. e ainda, acentuando que tal obrigação positiva deve ser lida em consonância com o direito à vida privada e à autodeterminação (v.g. num incapaz a obrigação do Estado a obrigação do Estado será maior) SOMMACCO, Op. Cit., p.171.

²⁷⁸ Em relação ao argumento de que a não consagração deste direito a morrer colocaria os países que não criminalizam a ajuda ao suicídio numa situação de violação da CEDH (c. 41) o tribunal considerou que não estava em causa aferir a conformidade desta ou daquela solução legislativa e que (na senda do caso Keenan) seria sempre preciso fazer um balanço *ad hoc* entre os interesses em conflito: a liberdade individual vs o interesse público, deixando claro, para o futuro, que nestes casos não há um *standard* mas sim uma grande margem de apreciação. Defende assim SANDERSON, p. 947: “the future rulings of the Court in this area will necessarily be informed not only by principles that the Court itself has laid down, but also by developments across Europe in relation to the domestic regulation of euthanasia, whether restrictive or permissive”. Considerando o entendimento do TEDH paradoxal (dado as considerações acerca da intangibilidade do direito à vida no mesmo acórdão) e frisando igualmente que se deixa “uma liberdade imensa aos direitos nacionais” vide NARAYAN-FOURMENT, Op. Cit., p. 100.

²⁷⁹ Para RIETIKER, Op. Cit., p. 116 tal denota a hesitação do TEDH em fazer uma interpretação dinâmica e evolutiva da CEDH, mais não seja porque, em teoria, não pode fazer uma interpretação actualista de modo a

Em relação ao art.3.º, o TEDH, alertando para o facto deste preceito ser, tal como o art.2º (c. 49), uma “disposição fundamental na salvaguarda dos valores essenciais numa sociedade democrática” e, como tal, absoluto (art.15.º), deixa claro que não é só uma obrigação negativa mas também uma fonte de obrigações positivas (v.g. a adopção de medidas de protecção que garantam a não sujeição de pessoas à guarda estatal a tratamentos desumanos e degradantes - c. 55), e que embora o preceito seja mormente mobilizado para situações nas quais o risco de sujeição de um indivíduo a qualquer uma das formas de tratamento proibidos advém de actos intencionais praticados por funcionários ou autoridades públicas, tal disposição poderá exigir aos Estados uma obrigação negativa genérica de abstenção de ofensas graves a pessoas sujeitas à sua jurisdição. Mais ainda, conjugando o art.3.º com o art.1.º, conclui o tribunal que o preceito pode fundamentar medidas que garantam aos indivíduos, dentro da jurisdição estatal, não ser sujeitos a torturas, penas ou tratamentos degradantes incluindo os que forem infligidos por particulares.

Em relação à noção de tratamento, estão em causa aquelas acções ou omissões que atingem um grau mínimo de gravidade e envolvem uma ofensa corporal ou um sofrimento físico ou moral intenso, sendo que o sofrimento advindo de doenças naturais pode caber aqui quando exista o risco de ser exacerbado por tratamentos imputáveis ao Estado (c. 52). No caso *sub judice*, a recusa do DPP e a previsão absoluta da punição do auxílio ao suicídio revelavam um tratamento desumano e degradante dado que não se consegue proteger Pretty do sofrimento inerente à sua doença, mas tal compreensão iria para o tribunal muito além do conceito de tratamento da CEDH e, na medida em que na interpretação desta (pese embora flexível e dinâmica) deve atender-se aos seus objectivos primordiais, o art.3.º lido em consonância com o art.2.º²⁸⁰, implica não derivar daquele “a) qualquer obrigação positiva que exija ao Estado conceder uma imunidade para não perseguir criminalmente o marido da requerente se este a auxiliasse no suicídio, b) ou que

introduzir naquela direitos não visados pelos redactores. Pese embora, como aconteceu a propósito da protecção do meio ambiente, tal extensão poder ser feita com base na *ratione materiae* do preceito.

²⁸⁰ Esta compreensão de que não se pode deduzir do art.3.º um direito que não figura no art.2.º (c. 54) é criticada por DE SCHUTTER, Op. Cit., p. 80 e ss, pois tratam-se de dois direitos distintos: o direito a morrer de um lado e o direito de obter por parte do Estado os meios que permitam pôr termo a sofrimentos intoleráveis de outro, sendo que “le droit de mourir n’étant qu’un de ces moyens dans certaines situations extrêmes”.

providencie as condições para a legalidade de qualquer outra forma de suicídio assistido” (c. 56)²⁸¹.

No que concerne ao art.8.º o TEDH frisa estamos ante um preceito amplo, não passível de uma definição exaustiva e que a escolha de “quanto ao modo de passar os momentos finais da sua vida é ainda parte do acto de viver, tendo cada um o direito de exigir que a sua escolha seja respeitada”. Estando em causa a aplicabilidade do art.8.º teve o tribunal que analisar se a ingerência em causa preenchia ou não os requisitos do art.8/2.º²⁸².

Exige o preceito que a ingerência *a)* esteja prevista na lei; *b)* prossiga uma finalidade legítima (elencadas no artigo) e *c)* seja necessária numa sociedade democrática para a prossecução daquelas finalidades. Como é bom de ver era o ponto *c)* o mais discutível, o TEDH (c. 68 e ss.) concluiria que a noção de necessidade implicará *a)* existência de uma exigência social imperiosa (o que dependerá de uma apreciação nacional, da natureza das questões e da importância dos interesses em jogo) e que *b)* qualquer ingerência deverá ser proporcional à finalidade legítima visada. Concluindo-se que o Estado tem o direito de estabelecer consequências penais para actos que afectem a vida de uma pessoa e que, quanto mais graves forem, mais rigorosa terá de ser a ponderação entre o princípio da autonomia pessoal e os ditames do interesse público. Ora, *in casu*, a proibição (e a recusa do DPP) visava a protecção dos mais vulneráveis, *maxime* daqueles que sozinhos não estão em condições de pôr fim à sua vida, e assim (c. 78): “l’ingérence incriminée peut passer pour justifiée comme «nécessaire, dans une société

²⁸¹ Considera DE SCHUTTER Op. Cit., pp. 83-84 que o TEDH parece ter inspirado, em parte, o seu entendimento no caso Sue Rodriguez de 1993 do Supremo Tribunal do Canadá onde decidiu-se que a incriminação do auxílio ao suicídio pelo Código Penal do Canadá (art.241/b) não violaria o art.12.º da *Chartre canadienne des droits et libertés* pois para existir um tratamento exigir-se-ia um controlo administrativo particular e directo do Estado e não a mera sujeição ao Código Penal. Sobre o Canadá, onde é punível quer o auxílio ao suicídio quer a eutanásia activa directa (art.222.º e ss. do Código Penal) mas já não a passiva se voluntária vide TRUDO LEMMENS, BERNARD DICKENS, “Canadian Law on Euthanasia: Contrasts and Comparisons”, p. 135 e ss e EDWARD W. KEYSERLINGK, “La eutanasia y ayuda al suicidio en Canadá”, p. 419 e ss. Acrescente-se que em Junho de 2014 a Assembleia do Québec aprovou a *Loi concernant les soins de fin de vie* (Anexo 1.10.) que possibilita a ajuda médica à morte em moldes relativamente similares às leis do Benelux (art.26.º e ss, não distinguindo entre eutanásia activa directa ou auxílio ao suicídio e, pese embora configurar tal ajuda no art.29.º nos contornos da primeira, *a fortiori*, serão possíveis as duas “modalidades”). Podendo ser um caso de estudo pela sua completude (regula inclusive a sedação terminal - art.25.º e ss) só entrará em vigor em Dezembro de 2015 e embora tenha apenas procedido a alterações à lei civil e médica (art.59.º e ss), estando a competência penal reservada para as autoridades federais é previsível que o Supremo Tribunal pronuncie-se.

²⁸² Para uma análise dos requisitos do art.8/2.º vide IRINEU CABRAL BARRETO, “A Convenção Europeia dos Direitos do Homem - Anotada”, p. 251 e ss. Também aqui o TEDH (c. 66) socorreu-se do caso Rodriguez.

démocratique », à la protection des droits d'autrui. Partant, il n'y a pas eu violation de l'article 8 de la Convention”²⁸³.

Em relação ao art.9.º o TEDH considerando que nem todas as opiniões ou convicções constituem uma crença nos termos do preceito, e que embora os argumentos de Pretty atestassem uma adesão ao princípio da autonomia pessoal, tal não consubstanciaria uma manifestação de uma religião ou de uma crença, “por meio de culto, ensino, prática ou observância, tal como referidos no art.9.º” (c. 82). A queixa imbricaria então na análise do art.8.º, concluindo-se pela não violação do art.9.º.

Por fim, mobilizou-se o art.14.º, alegava a requerente que seria vítima de discriminação na medida em que se tratava de forma idêntica pessoas em situações díspares (um indivíduo capaz poderia suicidar-se, mas já quem estivesse desprovido de tal aptidão não poderia ser ajudado, o que traduzir-se-ia numa situação de claro desfavor). O TEDH entendendo que o art.14.º impede a discriminação de pessoas em situações equiparáveis ou análogas salvo havendo uma justificação racional e objectiva (visando-se um fim legítimo e respeitando-se os ditames da proporcionalidade) e retomando os ensinamentos do caso *Thlimmenos vs Grécia* de 1997 onde estabeleceu-se que haverá também discriminação se sem uma justificação objectiva e razoável um Estado tratar de forma diferente pessoas que estão em situações substancialmente idênticas, entendeu que no caso tal justificação existiria por ser difícil e perigoso distinguir entre pessoas capazes para suicidar-se sozinhas daquelas que não o podem fazer, com efeito (c. 89.): “la frontière entre les deux catégories est souvent très étroite, et tenter d'inscrire dans la loi une exception pour les personnes jugées ne pas être à même de se suicider ébranlerait sérieusement la protection de la vie que la loi de 1961 a entendu consacrer et augmenterait de manière significative le risque d'abus”.

Sintetizando os ensinamentos do caso *Pretty*²⁸⁴: a) o direito à vida do art.2.º não consubstancia um direito à morte nem nos casos de eutanásia activa nem nos casos de

²⁸³ O tribunal adverte ainda (c. 74) que uma maior ou menor flexibilização das soluções legislativas sempre fará impender sobre os Estados a avaliação do risco e a correspondente incidência de abusos. De notar que para o TEDH a *praxis* confirma a inexistência de desproporcionalidade no *Suicide Act*, pois existem algumas “válvulas de escape”: a iniciativa processual do DPP, a fixação do limite máximo da pena e já não do mínimo e o facto de entre 1981 e 1992, em 22 casos de *mercy killing*, só ter havido uma condenação efectiva. Considerando que a conclusão funda-se no argumento da vertente escorregadia vide DE SCHÜTTER, Op. Cit., p. 92 e ss.

²⁸⁴ Fundamentais na compreensão do art.2.º como os anotadores da CEDH denotam, JORGE DE JESUS FERREIRA ALVES, “A Convenção Europeia dos Direitos do Homem - Anotada e Protocolos Adicionais

auxílio ao suicídio; b) na valoração: autodeterminação do indivíduo vs direito à vida/integridade física o TEDH pugna pelo segundo; c) a dignidade do ser humano, mesmo que este o não reconheça ²⁸⁵, situa-se num plano superior ao da sua autodeterminação/liberdade. VERA RAPOSO a propósito deste último tópico adverte-nos porém que o conflito de valores é entre dignidade humana e autodeterminação, sendo erróneo coincidir dignidade humana com vida humana não só porque a dignidade não é erigida a direito fundamental na CEDH (embora seja referida na jurisprudência, v.g., caso Laskey, Jaggardy e Brown vs Reino Unido de 1997) mas sobretudo porque imbrica numa lógica de preservação da vida a todo o custo, e “a vida é um direito e não um dever” ²⁸⁶.

Em 20 de Janeiro de 2011 com o caso Haas vs Suíça a posição do TEDH ganharia novos contornos. Ernst Haas sofria de um grave transtorno afectivo bipolar, em Julho de 2004 aderiu à *Dignitas* e, considerando que a doença não lhe permitia uma vida digna, pediu que o auxiliassem no suicídio, procurando em vão junto de vários psiquiatras a prescrição da substância letal. Em 27 de Junho *l'Office fédéral de la justice* declara-se incompetente para conhecer da reclamação e em 20 de Julho desse mesmo ano *l'Office fédéral de la santé publique* informa-o que tal substância carece de prescrição médica. A direcção de saúde de Zurique confirmaria a decisão e o recurso hierárquico findaria em Dezembro de 2005 no *Département fédéral de l'intérieur*.

O requerente recorreria assim ao Tribunal Federal que, em 2006, reafirmaria que a exigência legal de prescrição médica era exigível e que não haveria violação do art.8.º pois este não consagrava um direito ao suicídio ou a um suicídio assistido. Lançando-se mão dos ensinamentos do caso Pretty e do caso Reed ²⁸⁷ concluiu-se ainda (c. 16) que a ingerência inerente à prescrição era conforme à CEDH na medida em que se atende aos

Anotados”, p. 22; CABRAL BARRETO, Op. Cit., p. 83. e antevendo esta solução JOÃO DE DEUS PINHEIRO FARINHA, “Convenção Europeia dos Direitos do Homem – Anotada”, p. 16.

²⁸⁵ Como de resto afirmou o TEDH no caso De Wilde vs Bélgica de 1971: “a pessoa que goza de um direito nem sempre terá o direito a renunciar voluntariamente ao mesmo”. SANZ CABALLERO, Op. Cit., pp. 179-180.

²⁸⁶ RAPOSO, Op. Cit., p. 85-87. Sugere a autora que esta equiparação justifica a imposição, manutenção da vida, mesmo que de forma alheia à determinação pessoal o que iria “contra a própria essência da dignidade humana”. E se é verdade que nestas questões os Estados têm margem decisória, o TEDH tende a privilegiar as medidas de conservação da vida mesmo que se recorra à força (v.g. caso X vs Reino Unido de 1977). Neste sentido, SANZ CABALLERO, Op. Cit., p. 172 e SARAH BROTELLE, “Du droit à la fin de vie au droit de disposer de sa vie”, pp. 255-256.

²⁸⁷ No caso Reed vs Reino Unido de 1983 a Comissão considerou que o auxílio ao suicídio não cairia no âmbito do art.8.º, mas que a protecção da privacidade da pessoa que deseja suicidar-se poderia resultar do preceito.

ditames da saúde, segurança e interesse públicos, fazendo uma correcta ponderação entre os interesses conflitantes.

Haas recorreria então ao TEDH arguindo (c. 33 e ss.) a violação do art.8.º. Este principia por dizer, tal como fizera no caso *Pretty*, que o conceito de privacidade é amplo e impassível de uma definição exaustiva mas vai além do que se retirava do c. 67 daquele caso onde, recorde-se, estaria em causa a escolha (*choix*) de evitar um fim de vida indigno e doloroso, considerando agora que do art.8.º adviria um verdadeiro direito (*droit*) de pôr fim à vida quando e como entender (c. 51). Procura porém o tribunal distinguir os dois casos: *a)* não está em causa a liberdade de morrer e a não perseguição criminal do assistente, mas sim saber se o requerente deverá poder, sem prescrição médica e em derrogação da lei, obter uma substância que lhe permita uma morte indolor e sem riscos e *b)* não existe uma doença que desencadeará inevitavelmente a morte ²⁸⁸.

O TEDH procede então a uma ponderação dos interesses em jogo. Por um lado, o interesse de Haas suicidar-se sem sofrimentos desnecessários e, por outro, a exigência de prescrição médica para assegurar decisões reiteradas e voluntárias, bem como a existência de capacidade de discernimento, um objectivo legítimo e de enorme importância em países como a Suíça (c. 57): “lorsqu’un pays adopte ainsi une approche libérale, des mesures appropriées de mise en œuvre d’une telle approche et des mesures de prévention des abus s’imposent. La mise en place de telles mesures a également pour but d’éviter que les organisations fournissant une assistance au suicide n’interviennent dans l’illégalité et la clandestinité, avec un risque considérable d’abus”.

Deste modo entendeu-se unanimemente (como o Tribunal Federal) que a ingerência em causa seria legítima e proporcional nos termos do art.8/2.º., considerando que este preceito fazia impender sobre os Estados a obrigação positiva de implementação de um procedimento para assegurar que a decisão de pôr fim à vida é livre e consciente (c. 58), sendo que a necessidade de prescrição médica e das perícias psiquiátricas seriam meios adequados para cumprir tal obrigação ²⁸⁹. Concluindo o TEDH : “compte tenu de ce

²⁸⁸ SHAWN HARMON, NAYHA SETHI, “Preserving Life and Facilitating Death: What Role for Government after Haas v. Switzerland?”, p. 359 e ss, classificam o caso *Pretty* como negativo (visava a não perseguição pelo DPP) e vertical (cidadão vs Estado) e o caso Haas com pretensões positivas (a revogação de legislação restritiva no acesso a substâncias letais) e horizontais (Haas visa uma prática por parte dos médicos não encarando-os enquanto agentes administrativos).

²⁸⁹ É de resto a solução que corresponde ao espírito da Convenção Internacional sobre as substâncias psicotrópicas de 1971 (art.9.º). CHRISTIAN BYK, “La Cour européenne des droits de l’homme et l’obligation de l’État à assurer une mort digne”, p. 175.

qui précède, et eu égard à la marge d’appréciation dont disposent dans ce domaine les autorités internes, la Cour estime que, même à supposer que les Etats aient une obligation positive d’adopter des mesures permettant de faciliter la commission d’un suicide dans la dignité, les autorités suisses n’ont pas méconnu cette obligation en l’espèce”²⁹⁰.

Muito crítico deste reconhecimento de uma forma de direito à autodeterminação quanto à sua própria morte, condicionado por dois factores: a) “la qualité da la volonté”, e b) “la capacité d’agir en conséquence”, o que considera ser uma noção vaga e equívoca, GRÉGOR PUPPINCK defende que a consagração de um direito ao suicídio com base no art.8.º implica subordinar a objectividade do art.2.º à subjectividade intrínseca do art.8.º e conclui pela passagem abusiva “du choix au droit au suicide”, considerando ainda que o caso não foi analisado pelo prisma da obrigação negativa (absolutas *per natura*) do art.2.º (que recorde-se não foi invocado por Haas) e que não permitiria esta conclusão ancorada nas obrigações positivas resultantes daquele preceito (relativas *per natura*)²⁹¹.

No caso Koch vs Alemanha de 19 de Julho de 2012, uma alemã, paralisada totalmente e com uma esperança de vida calculada em 15 anos, após ter infrutiferamente procurado junto do Instituto Federal dos Produtos Farmacêuticos e Medicamentosos uma autorização para obter pentobarbital de sódio para suicidar-se com ajuda do esposo, acabaria por fazê-lo em Fevereiro de 2005 na Suíça através da *Dignitas*²⁹². O requerente, Ulrich Koch, esposo da suicida, procurou então obter uma declaração de ilegalidade da decisão do supracitado instituto (confirmada pelo Tribunal administrativo de Colónia e pelo Tribunal Administrativo de recurso da Renânia do Norte-Vestefália – c. 16-19) recorrendo para o Tribunal Constitucional Alemão que considerou que aquele não podia fundar a demanda num direito póstumo (intransferível) da sua esposa à dignidade humana,

²⁹⁰ O TEDH, ciente da vaguidade do art.115.º e do facto das Directivas da ASSM consentirem tal auxílio apenas no caso de doentes terminais não conclui se devia ter havido ou não prescrição, considera apenas consentâneo com o art.8.º o *iter* para aquela, neste sentido: CHRISTIAN BYK, “Suicide assisté et obligation positive de l’État”, p. 146. O TEDH (c. 60) afasta ainda a acusação de Haas de que o seu direito de escolher a forma e o momento da sua morte seria um direito teórico ou ilusório, pois as suas dificuldades no acesso à ajuda médica deveram-se sobretudo à abordagem que encetou (negando-se a qualquer terapia ou alternativa ao suicídio). HARMON, SETHI, Op. Cit., pp. 361-362.

²⁹¹ PUPPINCK, Op. Cit., pp. 8-12. Criticando o uso de linguagem vaga e hesitante, vide RIETIKER, Op. Cit., p. 123-124.

²⁹² A recusa do Instituto baseava-se no art.5§1, al.6.º da Lei sobre os narcóticos pois o intento da Sra. Koch seria diametralmente oposto aos fins da lei: garantir os medicamentos necessários através de uma prescrição que visa a manutenção e prolongação da vida e evitar o risco de abusos (c. 10 e 22). Desta recusa foi interposto recurso hierárquico tendo o Instituto mantido a sua recusa e acrescentado que do art.8/2.º não adviria nenhuma obrigação positiva em facilitar ao suicida a substância letal (direito, de resto, incompatível com o art.2§2.º da Lei Fundamental: direito à vida e à integridade física).

in casu, Koch poderia apenas intentar uma acção com o fito de ressarcir pecuniariamente os seus prejuízos (c. 20) ²⁹³.

Ante o TEDH o requerente invocou que a recusa violaria o art.8.º da CEDH: o direito a morrer com dignidade da sua esposa e que o seu direito ao respeito pela vida privada e familiar fora também ofendido na medida em que vira-se forçado a viajar para a Suíça para acompanhá-la, alegando ainda a violação do art.13.º O Tribunal considerou, tal como no caso Sanles ²⁹⁴ e como as autoridades alemãs, que o direito da esposa não era transferível e que portanto “le requérant n’a pas qualité pour faire valoir les doits reconnus

²⁹³ Na Alemanha não há nenhuma incriminação da participação no suicídio, mas como ensina ROXIN, Op. Cit., pp. 29-30 pressupõem-se um suicídio responsável, assim “quem auxilia um psicótico” poderá ser punido como autor de um homicídio (art.§212 do *StGB* ou mesmo assassinato, art.§211 do *StGB*), note-se porém que não há consenso na jurisprudência tendo já recorrido-se a figuras como o homicídio por omissão (dado haver um dever de garante) ou à figura da omissão de auxílio (§323 *StGB*). Relativamente à eutanásia o art.§216.º do *StGB* prevê a forma privilegiada de homicídio a pedido e, não existindo consentimento, será punível a título de homicídio ou assassinato. Para clarificar os comportamento puníveis houve duas propostas de reforma: o *Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung* de 1986 e o *Alternativentwurf Sterbehilfe* de 2005 (e onde sob certas condições a eutanásia passiva e a ortotanásia não deveriam ser punidas, entendimento reiterado, de resto, pela doutrina e jurisprudência). HANS-GEORG KOCH, “O princípio e o termo da vida como problemas do Direito (Penal) da Medicina”, p. 163 e ss; HANS GEORG-KOCH, “La ayuda a morir como problema legal en Alemania”, p. 241 e ss; KATHRIN BECKER-SCHWARZE, “Legal Restrictions of Physician-Assisted Suicide”, p. 11 e ss. e FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, p. 314-317.

²⁹⁴ Caso relativo ao célebre Ramón Sampedro que desde 1968 encontrava-se paralisado (com excepção da cabeça) e tentava, desde 1993, junto dos tribunais uma garantia de não perseguição criminal de quem o ajudasse a suicidar-se. Recorreria inclusive ao TEDH que recusou a sua pretensão por ainda não estarem esgotadas todas as vias de recurso interno. Sampedro consegue finalmente em 1998 ser ajudado a suicidar-se quando o Tribunal Constitucional analisava o seu caso, e em 1999 a sua cunhada (após o Tribunal Constitucional ter recusado o seu direito de continuar com um pedido “personalíssimo” e porque o recurso em amparo nunca seria a via processual adequada para a decisão abstracta e genérica que a motivava) recorre para o TEDH (Manuela Sanles Sanles vs Espanha de 1999) alegando em nome daquele uma violação do art.2.º, 3.º, 5.º, 8.º, 9.º e 14.º. O TEDH concluiria porém que os direitos inerentes a tais preceitos não eram transferíveis e que Sanles não podendo ser considerada uma vítima (“il doit pouvoir démontrer qu’il a été directement affecté par la mesure incriminée”) não teria legitimidade processual pois o art.34.º não possibilita uma *actio popularis*. Sobre o caso de Sampedro: MARIA JOSÉ GUERRA, “Euthanasia in Spain : The public debate after Ramon Sampedro’s case”, p. 426 e ss e JOSÉ MIGUEL RUIZ-CALDERÓN, “La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas”, p. 11 e ss. Acrescente-se que em Espanha quer a eutanásia activa directa quer o auxílio ao suicídio são crimes nos termos do art.143/4.º do Código Penal de 1995, sendo que a primeira é punível em pena de prisão inferior à prevista para o auxílio ao suicídio e para o homicídio a pedido. A doutrina entende que cumpridos que sejam *mutatis mutandi* os quesitos do art.413/4.º, por maioria de razão, quer a ortotanásia quer a eutanásia passiva não cairão no escopo do preceito e não serão em princípio puníveis enquadrando-as no âmbito da Lei n.º 41/2002 sobre a autonomia do paciente (mas desde 2000 as Comunidades Autónomas aprovaram leis que regulam especificamente tais matérias, sobre isto veja-se MARIA JOSÉ PAREJO GUZMÁN, La Eutanasia ¿Un Derecho?”, p. 80 e ss. e JOSÉ ANTONIO SEOANE, “Planificación anticipada de la atención e instrucciones previas en España”, p. 305 e ss.). Sobre a lei vide ALFONSO LÓPEZ DE LA OSA ESCRIBANO, “La legislación sur la fin de vie en Espagne”, p.113 e s. e MARÍA LOURDES LABACA ZABALA, “El consentimiento informado en el ámbito de la sanidad, a propósito de la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”. Sobre o art.143.º do Código Penal veja-se JUAN JOSÉ GONZÁLES RUS, “Formas de Homicidio”, pp.78-100; JESÚS BARQUÍN SANZ, “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro”; pp.155-193 e CARLOS ROMEO-CASABONA, “Les politiques législatives concernant la fin de vie et l’euthanasie en Espagne”, p.189 e ss.

à son épouse par l'article 8 de la Convention" tendo rejeitado tal pretensão nos termos do art.35.§4 (c. 81-82). Já em relação à pretensa violação do art.8.º quanto ao requerente, considerando-se a grande proximidade que existia entre Koch e a esposa (o acompanhamento de todo o sofrimento, a última viagem até a Suíça e a luta ante os tribunais) entendeu o TEDH que "dans ces circonstances exceptionnelles, la cour admet que le requérant a fait preuve d'un intérêt forte et persistant à obtenir une décision sur le fond de la demande initiale" (c. 45), para além de que estariam em causa questões fundamentais e de interesse geral para toda a comunidade (c. 46), concluindo-se assim que Koch "peut prétendre avoir été directement affecté par le refus de l'Institut fédéral" (c. 50) e que aquela recusa constituiria uma ingerência no direito do requerente ao respeito pela sua vida privada (c. 53-54).

Analisando a legitimidade de tal ingerência o Tribunal de Estrasburgo, constatando as recusas das instâncias nacionais em analisar um direito que consideraram não existir, conclui que "il y a eu violation du droit du requérant au titre de l'article 8 de voir sa demande examinée au fond par les juridictions internes", e relembrando que do ponto de vista material existe uma importante margem de apreciação fruto da maioria dos Estados-membros não autorizar o auxílio ao suicídio (c. 69-70), decidiria, com base no princípio da subsidiariedade, que caberia aos tribunais alemães "examiner le fond de la demande du requérant" cabendo-lhe apenas considerar que do ponto de vista procedimental "le refus des juridictions internes d'examiner au fond la demande du requérant a emporté violation du droit de celui-ci au respect de sa vie privée au regard de l'article 8" (c.71-72) ²⁹⁵.

A 14 de Maio de 2013 o TEDH voltaria a pronunciar-se no caso *Alda Gross vs Suíça*. Uma cidadã suíça vinha há muito manifestando a sua vontade de pôr fim à vida para não assistir à sua degradação física e mental, após uma tentativa falhada de suicídio e tratamento psiquiátrico, procurou infrutiferamente junto de três médicos e da *Exit* a obtenção do pentobarbital de sódio. Finalmente recorreu ao tribunal administrativo de Zurique e ao tribunal administrativo do cantão que entenderam, tal como no caso *Haas*, que a substância dependia de prescrição (c. 14).

O caso subiria ao Supremo Tribunal Federal que decidiria que: *a)* não haveria uma obrigação positiva para o Estado de garantir aos indivíduos o acesso a uma substância

²⁹⁵ O TEDH considerou assim que não se justificava analisar se existia violação do art.13.º e 6.º da CEDH (c. 84). Relativamente ao pedido de indemnização, parcialmente aceite, veja-se os c. 86-91.

para poderem morrer sem dor ou riscos; *b*) que as exigências de prescrição e de exame médico prosseguiam finalidades legítimas nos termos do art.8.º da CEDH (prevenindo abusos e decisões precipitadas) e que *c*) Gross não padecia de nenhuma doença fatal (conforme exigido pelas directivas da ASSM) e que pura e simplesmente queria suicidar-se devido à sua idade avançada e consequente degradação das suas faculdades (c. 19-21).

Já ante o Tribunal de Estrasburgo a arguente invocou a violação do art.8.º pois o facto do acesso à substância letal depender de uma receita médica tornaria o seu direito a morrer, como e quando entender, meramente teórico e/ou ilusório, na medida em que os médicos só a prescreviam nos casos de doença terminal ²⁹⁶. O TEDH lembrando que a noção de vida privada do art.8.º é um conceito amplo e que integra, *inter alia*, o direito à autonomia e ao desenvolvimento pessoal, e na sequência do caso *Pretty e Haas*, nele deve inserir-se também o direito “to decide the way in which and at which point his or her life should end, provided that he or she was in a position to freely from his or her own judgement and to act accordingly” (c. 58-59) e considerando que as exigências de prescrição consubstanciam uma ingerência nos moldes delineados, nota que a recusa foi motivada pelas directivas da ASSM sem força legal e que, tendo por objecto doentes terminais, nem seriam mobilizáveis no *caso sub judice*. Assim, a omissão de directivas legais claras seria susceptível de ter um efeito dissuasor sobre os médicos (como as cartas dos médicos consultados evidenciava), provocando à requerente uma angústia considerável em virtude da incerteza quanto ao resultado do seu pedido (o que não existiria se houvesse um quadro legal para estes casos – c. 65-66).

O Tribunal, não deixa de considerar que o consenso político numa questão ética e moral tão profunda pode ser difícil de alcançar, mas não absolve as autoridades da omissão, concluindo (com quatro votos a favor e três contra²⁹⁷) que: “that Swiss law, while

²⁹⁶ Gross alegou ainda que o Supremo Tribunal estava a ser contraditório pois só possibilitava o suicídio com a reunião das directivas da ASSM o que seria incompatível com a assumpção de que cada um pode decidir acerca da sua morte sem uma justificação médica, que não poderia elevar-se as directivas ao patamar de lei porque não obedeciam a um processo democrático e que, de resto, nem se aplicariam pois pressupunham uma doença terminal (c. 42-45). Arguiu ainda terem sido postos em causa o art.2.º (o Estado não estaria obrigado a proteger a vida de alguém que de forma esclarecida não quer viver), o art.3.º (a recusa à substância letal seria um tratamento desumano pois implicava a intensificação da sua decadência) e o art.6.º e 13.º (os tribunais não haviam analisado convenientemente os seus argumentos).

²⁹⁷ Na exposição da posição divergente dos três juízes, considerando-se que o quadro legal relativo ao acesso a uma substância letal exige a receita médica e que o Supremo Tribunal Federal entende que essa prescrição é *conditio sine qua non*, conclui-se pela existência de *guidelines* claras e que indelevelmente vedam à requerente o auxílio ao suicídio (para além de que não se cumpriam as directivas da ASSM que foram devidamente mobilizadas e interpretadas). Por outro lado, diferentemente do caso *Haas* não há aqui uma doença psiquiátrica grave o que justifica ainda mais a necessidade de reservas e limitações pelas autoridades

providing the possibility of obtaining a lethal dose of sodium pentobarbital on medical prescription, does not provide sufficient guidelines ensuring clarity as to the extent of this right. There has accordingly been a violation of Article 8 of the Convention in this respect” (c. 67) ²⁹⁸. Em 7 de Outubro de 2013 o Governo Suíço recorria (art.43.º CEDH) para o Tribunal Pleno ²⁹⁹.

de um país com uma regulamentação já de *per se* liberal e que são perfeitamente legítimas nos termos do art.8/2.º (sem que tornem ilusório sequer o direito de aceder a tal substância). Reiterando-se ainda a margem de apreciação ampla que cabe aos Estados nestas matérias, os três juízes vencidos concluem por não haver violação do art.8.º e pela desnecessidade de adopção de disposições que já existem e que se apresentam adequadas.

²⁹⁸ De resto, o TEDH, no respeito pelo princípio da subsidiariedade, não avança com uma proposta, sublinhando que a criação de *guidelines* relativas às circunstâncias em que alguém que padeça de uma doença não terminal possa (ou não) aceder a uma dose letal para suicidar-se, é competência das autoridades suíças (c. 69), sendo por isso infundadas as críticas que o TEDH promoveu uma “*interruption volontaire de vieillesse*”, ALEX MAURON, “*L’arrêt de la Cour européenne des droits de l’homme concernant l’assistance au suicide: implications éthiques*”, p. 1175. Em relação às pretensas violações dos art.2.º,3.º,6.º e 13.º, nos termos do art.33/3.º, al. *a*) e 33/4.º do CEDH, o TEDH concluiu pela inexistência de violação (c. 71).

²⁹⁹ Tendo em conta as diferentes posições no espaço da União Europeia sempre poderá questionar-se acerca da posicionamento do TJUE. Embora não haja jurisprudência, BENEDITA MAC CRORIE, “*A Eutanásia e o Auxílio ao Suicídio na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*”, p. 447 e ss. entende que o TJUE poderá ter que se pronunciar caso exista uma “*situação enquadrável na definição de serviços e terá que existir uma regulamentação nacional que implique uma derrogação à proibição de restrições à livre prestação desses serviços*”. Acrescente-se que a Directiva 2011/24/EU (transposta pela Lei n.º 52/2014 de 25 de Agosto) veio regular o exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados transfronteiriços e prevê expressamente (art.3.º) a impossibilidade de discriminar em razão de nacionalidade, podendo colocar-se a hipótese da ida de um doente português para um dos países do Benelux para ser ajudado a morrer (o que como vimos teoricamente é possível, diferentemente veja-se ANDRÉ DIAS PEREIRA, “*Um Direito da Saúde para a Europa?*”, p. 27, n. 5), sendo que o legislador comunitário talvez dê a resposta no ponto 7 do preâmbulo: no âmbito da directiva cabe a cada Estado-Membro decidir que tipo de cuidados de saúde considera adequados, não podendo nenhuma disposição “*ser interpretada de molde a pôr em causa as opções éticas fundamentais*” daqueles (Cf. art.3.º, al. *b*) da Lei n.º 52/2014). Defende aquela autora, que da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia não se retira nenhuma conclusão de admissibilidade ou de não admissibilidade da eutanásia e do auxílio ao suicídio e que o TJUE deverá pautar-se, tal como o TEDH, na concessão de uma margem de apreciação aos Estados, dado que estão em causa “*princípios básicos e que espelham uma dada visão nacional da pessoa e da moralidade*”, rejeitando-se adoptar o padrão máximo prevalecente entre os Estados-Membros, uma “*sobre-criminalização secundária*”, sobre isto: ANABELA MIRANDA RODRIGUES, “*A Globalização do Direito Penal - Da pirâmide à rede ou entre a unificação e a harmonização*”, p. 89. Do mesmo modo, sublinhado que no respeito pelos princípios da proporcionalidade e da subsidiariedade e dado estarmos antes valorações nacionais essenciais que não obstam a uma harmonização europeia, não haverá aqui, em princípio, necessidade de uma europeização do Direito Penal, vide NURIA PASTOR MUÑOZ, “*Los problemas valorativos que el proceso de europeización genera en el Derecho Penal de los Estados Miembros de la Unión Europea*”, p. 231 e ss.

CAPÍTULO 6

O DIREITO PORTUGUÊS

Entre nós não existem casos judiciais que tenham despoletado o debate (v.g. como na Holanda, França ou Espanha) nem uma tradição de discussão parlamentar (v.g. Suíça, Bélgica ou Luxemburgo). A eutanásia (e a ajuda ao suicídio) é porém vedada aos médicos pelo art.57.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos que aponta como padrão de tratamento para minorar o sofrimento de doentes, cujos tratamentos já não podem inverter a “evolução natural”, os cuidados paliativos (art.58.º), aceitando-se ainda a eutanásia passiva em certas condições (art.59/2.º e 3.º)³⁰⁰. Sendo que só há pouco tempo deu-se o passo de legislar sobre as DAV (Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho)³⁰¹.

1.1.) Incitamento ou Ajuda ao Suicídio

O direito português incrimina expressa e autonomamente no art.135.º do CP, o incitamento ou ajuda ao suicídio, tal como a lei austríaca, suíça, francesa e grega (e diferentemente da lei alemã e belga, como vimos, ou ainda da sueca ou estónia), que é

³⁰⁰ Importante é ainda a proibição do encarniçamento terapêutico no art.57.º e a previsão no art.49/2.º do paciente poder recusar um tratamento mesmo que isso implique risco para a sua vida. Para uma análise à luz do Código Deontológico anterior vide LOPES DE BRITO, LOPES RIJO, Op. Cit., pp. 104-105 e FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 203 e ss que formulava em relação ao então art.47/4.º uma crítica que mantém a sua actualidade: considera-se somente eutanásia (sem definir) aquelas modalidades que se reputam proibidas, considerando as outras (no caso a eutanásia passiva), fora de um conceito a que pertence. Neste raciocínio: WALTER OSSWALDD, “Eutanásia - ainda e sempre”, pp. 457-459.

³⁰¹ O debate entre nós tem-se circunscrito à doutrina e aos contributos de organizações como o CNECV (*maxime* com o seu parecer 11/CNECV/95 onde se considera ética a eutanásia passiva e a ortotanásia mas considera-se injustificada a eutanásia activa directa, colocando-se a tónica na medicina de acompanhamento/cuidados paliativos) e a APB (no parecer P/13/APB/08 sublinha que a maior parte dos casos terão resposta na medicina de acompanhamento mas mostra-se favorável a referendar a matéria). Diz-nos MARIA FILOMENA MÓNICA, Op. Cit., p. 38 que numa sondagem realizada (pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa) em 1998, 54,1% dos inquiridos era favorável à eutanásia mas com condições. Já a APB no estudo E/10/APB/07 inquiriu 810 indivíduos em 47 lares e concluiu que destes 65/5% se estivesse num estado avançado de doença e em grande sofrimento não considerava aceitável poder pedir a um médico pôr fim à sua vida, e 53,6% mostravam-se adversos à pertinência de uma lei que regulasse a eutanásia. Em matéria de estudos internacionais diga-se que, no período 1999-2000, Portugal ocupava no *ranking* dos países europeus mais favoráveis à eutanásia os últimos lugares da tabela (28.º em 33), já num estudo recente, referente a dados de 2008, sobe para o 18.º lugar em 44 países. Vide JOACHIM COHEN (Et Al.), “European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries”, p. 743 e ss. e JOACHIM COHEN (Et Al.), “Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries”, p. 143 e ss.

então entre nós “um delito independente (*delictum sui generis*) e não uma forma privilegiada de homicídio”³⁰².

Como ensina COSTA ANDRADE, o bem jurídico típico que empresta a esta incriminação a sua legitimação material é a vida humana, *rectius*, a vida de outra pessoa, podendo criticar-se esta opção incriminadora dada a irrelevância do suicídio para a ordem jurídica³⁰³, todavia são “acções distintas, com distintos sentidos, horizontes e sistemas de referência: o suicídio esgota o sentido no desempenho auto-referente e autopoietico da pessoa (...), já o auxílio ao suicídio assume uma irreduzível valência sistémico-social”³⁰⁴.

Já VALADÃO E SILVEIRA considera que o fim da protecção da norma é também “a autonomia da pessoa”, que “é prejudicada com a participação do agente, mas não banida”, justificando-se assim a maior censurabilidade do art.135/2.º fruto de estarem em causa circunstâncias que reduzem o instinto de sobrevivência e que, não obstante não suprimirem a autodeterminação, “geram estreitamento da liberdade” levando a que as condutas previstas tenham um “grande potencial de eficácia e maior perigosidade”³⁰⁵.

Em relação ao tipo objectivo, este crime só existe com um suicídio sendo a sua medida e limites os deste. E haverá suicídio “quando uma pessoa com domínio do facto, causa por acção ou omissão «dolosamente» a sua própria morte, decide do *se* da própria morte”³⁰⁶, nas palavras de VALADÃO E SILVEIRA: o “comportamento voluntário

³⁰² Note-se que, porventura por influência do art.115.º do Código Penal Suíço, no anteprojecto de EDUARDO CORREIA o auxílio ao suicídio só seria punível quando norteado por “motivos egoístas” que seriam, nas palavras do seu autor, “sobretudo aqueles casos em que o agente recebe um benefício concreto, material, com a morte da vítima, p. ex. uma herança, a sucessão num cargo público”. Considerando-se porém que era um conceito de difícil definição e que “numa certa perspectiva todos os motivos nobres se podem converter em egoístas” tal expressão seria eliminada. Cf. “Actas das Sessões da Comissão Revisora do Projecto da Parte Especial do Código Penal”, pp. 33-36. Sobre a evolução histórica do preceito: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, “Código Penal: Actas e Projecto da Comissão de Revisão”, pp. 200-201 e LEVY MARIA JORDÃO, “Comentário ao Código Penal Português”, pp. 35-39.

³⁰³ Como considera MARIA MANUELA VALADÃO E SILVEIRA “Sobre o Crime de Incitamento ou Ajuda ao Suicídio”, p. 63 e ss., não há uma reprovabilidade jurídica do suicídio porque isso implicaria existir um dever de viver “e ainda ninguém demonstrou que o dever constitucional de protecção da vida se imponha ao próprio titular”, mas também não há um direito ao suicídio (Cf. art.154/3.º al. *b*) do CP), assim, não será punido nem o que impede nem o que não o evita, há sim “uma tolerância pela ordem jurídica relativamente ao suicídio desde que efectuado sem intervenções alheias que contribuam para a sua promoção”, há uma ausência de valoração normativa, “um espaço juridicamente livre ou vazio de direito”. Vide ainda FARIA COSTA, “O fim...”, p. 776 e NETO, Op. Cit., pp. 779-780 e p. 797.

³⁰⁴ COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º”, pp. 79-80,

³⁰⁵ VALADÃO E SILVEIRA, Op. Cit., pp. 78-79, contra este entendimento COSTA ANDRADE, “Comentário ao art.135.º”, p. 79.

³⁰⁶ Assim, e embora dados empíricos revelem que só cerca de 10% dos suicídios não tenha sido cometido “por pessoas sem história clínica no âmbito da psiquiatria”, sendo mínimas as “probabilidades de se tratar de um acto plenamente consciente e livre” sempre terá de existir um “mínimo de discernimento sobre o significado do seu acto”. VALADÃO E SILVEIRA, Op. Cit., p. 15 e ss.

dirigido à própria morte, possuindo o autor o domínio do acontecimento e um limiar de consciência bastante para compreender o sentido existencial de tal conduta”, sendo que a “capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída” (art.135/2.º) não “coincide, necessariamente, com uma total incapacidade de consciencialização do sentido vital do suicídio”³⁰⁷.

Em relação à conduta típica, o art.135.º incrimina tanto o incitamento como a ajuda ao suicídio (que correspondem à instigação e à cumplicidade nos casos, onde existem factos criminalmente típicos e ilícitos)³⁰⁸. Incitar “significa determinar outrem à prática do suicídio. A conduta do agente tem de desencadear um processo causal, sob a forma de influência psíquica sobre a vítima, despertando nela a decisão de pôr termo à vida” e compreende, para VALADÃO E SILVEIRA, a instigação e o estímulo. No primeiro caso, faz-se nascer “um desejo auto-agressivo num indivíduo que não tinha antes, pelo menos consciencializado, qualquer projecto suicida”, no segundo já existe uma *voluntas occisiva* que o agente “irá encorajar, reforçar ou estimular”³⁰⁹.

Já ajudar será “toda a forma de cooperação que, não constituindo um incitamento, é causal em relação à conduta do suicida na sua conformação concreta”³¹⁰. Note-se que, embora o art.135.º apresente-as como condutas alternativas, bastará uma para preencher-se o ilícito típico. Se o agente incitar e ajudar, realizando duas vezes o crime, tratar-se-á do ponto de vista material “de formas de revelação da participação no mesmo facto principal”, e embora seja punido por um só crime, no cálculo da medida da pena tal facto poderá ser sopesado.

³⁰⁷ Ibidem, p. 20 e ss, considerando que não se exige, diferentemente da doutrina alemã, uma “livre responsabilidade” do suicida, pois na maioria dos casos não existe uma “capacidade plena de autodeterminação ou o pleno uso da autonomia ética”.

³⁰⁸ Em relação à discussão se a infracção é punível sob a forma de omissão, COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º”, p. 91 e ss.

³⁰⁹ VALADÃO E SILVEIRA, Op. Cit., pp. 90-92. Já COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º”, p. 86, considera ainda que tal decisão não pode existir até ao incitamento, com efeito se a vítima já estava decidida a cometer suicídio a conduta do agente só poderá ser punida enquanto ajuda. Alertando para o facto de que a “instigação significa, por definição, uma influência na vontade do agente”, implicando, para efeitos de autoria, o domínio da decisão (art.26.º CP) o que levaria a estarmos ante um verdadeiro homicídio, e que só não será assim se a indução compreender somente um “apoio moral” vide FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, pp. 254-257.

³¹⁰ A ajuda poderá ser “material ou moral, física (v.g. dar a corda, o veneno), ou psíquica (v.g. reconfortar, prestar informações sobre as técnicas de suicídio)”. Importante é ainda a figura do “excesso de auxílio”, se há um acordo entre a vítima e o agente de que este, por exemplo, facultaria uma substância que provoca a morte de forma lenta, e em vez disso entrega uma substância que mata instantaneamente, o agente responderá por homicídio. COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º”, pp. 86-87 e VALADÃO E SILVEIRA, Op. Cit., pp. 92-93.

Relativamente ao tipo subjectivo ³¹¹, o incitamento e ajuda ao suicídio só são puníveis a título de dolo (inclusive o eventual) e terá de ser um duplo dolo: “o dolo para além de compreender o incitamento ou a ajuda, tem de abarcar também a realização do suicídio”, ou seja, um dolo de dano. Já a negligência não é punível com fundamento na não punibilidade da participação na auto-colocação em risco ³¹². Acrescente-se que a agravação prevista no art.135/2.º CP implica que tais circunstâncias sejam conhecidas pelo agente, aplicando-se as regras relativas ao erro ^{313 314}.

Em matéria das formas especiais de crime, dir-se-á somente que relativamente à comparticipação “sobra como líquida a não punibilidade da vítima sobrevivente da tentativa de suicídio (...) mesmo que tenha sido ela a determinar o agente à ajuda ao suicídio”; no que concerne à tentativa, na medida em que o art.135.º exige que o suicídio seja efectivamente tentado ou consumado, como sublinha COSTA ANDRADE, tal discussão é “de índole prevalentemente dogmático-categorial” ³¹⁵ e, uma última palavra, para a possibilidade de um concurso real com o homicídio a pedido da vítima: “o agente depois de incitar ou ajudar a um suicídio tentado aceita, a pedido da vítima dar o golpe de misericórdia”, ou com o crime de homicídio, o que ocorre quando o suicida “arrasta para a morte outras pessoas” (suicídio alargado).

Importante será compreender qual é a linha divisória entre o homicídio a pedido do art.134.º CP e o incitamento e a ajuda ao suicídio previsto no art.135.º CP. Com este fito ROXIN formulou uma fronteira externa ³¹⁶ que atenta “nos contributos da vítima e do

³¹¹ Em relação ao nexu causal veja-se VALADÃO E SILVEIRA, Op. Cit., pp. 93-102.

³¹² Ibidem, pp. 103-109; COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º”, p. 95-96.

³¹³ VALADÃO E SILVEIRA, Op. Cit. p. 109, conclui assim que “a acção típica tem de dirigir-se a uma pessoa determinada ou a pessoas determinadas”.

³¹⁴ Sobre a discussão do art.135.º configurar um crime de resultado ou de mera actividade, Cf. VALADÃO E SILVEIRA, Op. Cit., pp. 116-121 e COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º”, pp. 87-88.

³¹⁵ De perto, COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º”, pp. 96-98. Vide também VALADÃO E SILVEIRA, Op. Cit., p. 121 e ss.

³¹⁶ ROXIN formula ainda uma fronteira interna onde se atenta “na situação psíquica e espiritual da vítima” para distinguir o incitamento e ajuda ao suicídio do homicídio praticado em autoria mediata (com o suicida a ser utilizado como instrumento). Vide COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º...”, pp. 82-84 e VALADÃO E SILVEIRA, pp. 140-152, sendo a figura do homicídio em autoria mediata uma construção germânica (sistema onde como se viu não se pune autonomamente o auxílio ao suicídio) e dada a expressa previsão do art.135/2.º considera VALADÃO E SILVEIRA que “perde sentido a controvérsia sobre se a participação no suicídio de um indivíduo gravemente deprimido deve ou não ser considerado autoria mediata de homicídio” pois recairão naquele preceito os casos em que o suicida sofra de “depressão, alcoolismo, toxicod dependência” e outros comportamentos que “diminuem sensivelmente a capacidade de valoração ou de determinação”, pese embora haver situações onde nem se pode falar sequer da existência dessa capacidade: psicoses, esquizofrenias, casos onde o suicida é uma criança ou um jovem e que mediante uma apreciação concreta conclui-se “pela ausência total de compreensão do significado existencial” (pelo contrário COSTA

terceiro, no seu perfil exterior”: “comete suicídio (e *mutatis mutandi* haverá auxílio aos suicídio) aquele que, no momento crítico a partir do qual já não é possível o retrocesso, detém nas suas próprias mãos a decisão sobre a sua vida; aquele que atravessa ele próprio a fronteira da chegada à incapacidade de acção. Pelo contrário haverá homicídio a pedido da vítima quando esta confiar a outro a execução do último e irreversível acto do acontecimento; quando se deixa empurrar por outro para além do limiar que leva à morte”³¹⁷.

Importa agora analisar se o art.135.º responde convenientemente aos casos limite que temos vindo a tratar. Para COSTA ANDRADE “não se afigura fácil representar situações de justificação do incitamento ou ajuda ao suicídio”, entendendo porém que quem admita a possibilidade de justificar o homicídio a pedido da vítima por razões de direito de necessidade, também o deverá considerar para o incitamento e ajuda ao suicídio (no mínimo para a modalidade ajuda). E nesse sentido, (mesmo que não falando em estado de necessidade) vai FIGUEIREDO DIAS ao defender que tal como um tribunal deveria poder isentar de pena aquele que a pedido do moribundo (devido à sua incapacidade de morrer pelas suas próprias mãos e dado o cruel sofrimento que nenhum tratamento pode tornar suportável) ajuda-o a morrer, “por maioria de razão” e *mutatis mutandi* tal isenção deveria valer para os casos de auxílio ao suicídio³¹⁸.

VALADÃO E SILVEIRA por seu turno, considera que “o auxílio ao suicídio de uma pessoa com uma doença irreversível e em sofrimento atroz, ainda que seja levado a cabo pelos motivos mais altruístas, é sempre ilícito, devendo no entanto tais motivos relevar em sede de culpa do agente”. Já em relação àqueles casos onde a pessoa não se possa suicidar sem ajuda, considera que o art.135.º “não significa uma cruel imposição de continuar a viver a quem não o deseja”, pois a) “se a pessoa não tem possibilidades físicas

ANDRADE ensina-nos que tal capacidade “terá seguramente de denegar-se a um menor de 14 anos) e onde não se podendo falar em suicídio deve tal conduta ser punível enquanto homicídio.

³¹⁷ CLAUD ROXIN *apud* COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 134.º”, pp. 62-63. Prevendo o art.134.º e o art.135.º a mesma moldura, critica VALADÃO E SILVEIRA, *Op. Cit.*, pp. 152-155, o facto de que havendo uma tentativa de homicídio a pedido pode proceder-se a uma atenuação especial nos termos gerais (art.23/2.º) enquanto que um incitamento ou ajuda ao suicídio meramente tentado terá de conformar-se àquela moldura. Já considerando que os suicídios conscientes e livres são raros, caindo a maioria dos casos na alçada do art.135/2.º, o que “provocará que em geral a participação no suicídio seja normalmente incriminada com igual gravidade do que a chamada eutanásia activa do art.133º (...) e mais do que o homicídio a pedido – o que, porventura, será um excesso na proporcionalidade” Cf. AUGUSTO LOPES CARDOSO, “Eutanásia e suicídio assistido”, p. 253. Defendendo o entendimento do legislador, COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º”, pp. 98-99.

³¹⁸ COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 135.º”, p. 96 e FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 215.

de expressar a sua autonomia de certa forma, não é a ajuda que vai transformar o que é impossível de ser transformado”; b) aceitar “uma pretensa função «vicariante» da auto-determinação alheia” seria uma negação daquela; e c) a lei reconhece um valor absoluto à vida não só ante terceiros mas também “na esfera da disponibilidade para o próprio”, concluindo por uma atenuação especial da pena para estes casos limite (art.72.º e 73.º CP) ³¹⁹.

Bem mais longe vai TERESA QUINTELA DE BRITO, admitindo em certos casos e no “âmbito do extraordinário” um auxílio médico ao suicídio “em contexto eutanásico”: um doente que tomou uma decisão séria e definitiva de deixar de viver, mas que devido ao seu estado de prostração ou de isolamento não tem ao seu alcance meios que lhe permitam provocar a si mesmo “uma forma humana de morte, porque não violenta, rápida, eficaz ou indolor”. Começa aquela autora por considerar que está em causa a justificação e não a atipicidade de tal conduta (pois tal auxílio não pode ser considerado um acto médico para efeitos do art.150.º e existe uma “interferência de um terceiro no exercício da autodeterminação de outrem sob a própria vida” incriminada pelo art.135.º), e uma justificação de modo a não impor “um autêntico dever de viver” a alguém que já padece atrozmente, sem esperança e que não pode sozinho executar a sua decisão ou só consegue fazê-lo de “modo indigno, inumano, violento e doloroso” ³²⁰.

Assim, e se a autonomia individual “tem de entender-se como capacidade de decidir racionalmente «deixar de viver» e de executar, por mão própria, tal decisão”, fruto de tal impossibilidade não se estaria ante um extravasar dos limites físicos e éticos daquela. Todavia sendo um auxílio ao suicídio estariam apartados desta proposta, por razões paternalísticas (pois preserva-se e potencia-se “a capacidade do indivíduo de ponderar racionalmente e de levar a cabo as suas decisões” não deixando a um terceiro tal decisão e execução), os que sofrem de um “défice de autonomia e de igualdade”, aqueles que não podem, por exemplo, ingerir sequer a substância letal que lhes é dada. Concluindo

³¹⁹ VALADÃO E SILVEIRA, Op. Cit., pp. 83-84, considera ainda que “qualquer outro entendimento é perigoso”, “podendo significar a admissão da tutela pública de «certos» actos de ajuda ao suicídio” e “conteria o inevitável perigo de permitir a uns valorar a vida dos outros”.

³²⁰ A incriminação da ajuda ao suicídio “escora-se na circunstância de, fora de um “contexto eutanásico”, a vida continuar a surgir numa perspectiva intersubjectiva, como um bem a preservar, mas naquele contexto a vida deixa de perfilar-se, interna e intersubjectivamente, como um bem a preservar a todo o custo, posicionando-se a morte como saída possível ou verdadeira libertação”, sendo que a este princípio do benefício acresceria o princípio da autodeterminação, pois exige-se “uma decisão da iniciativa do próprio, expressamente formulada, séria, livre e esclarecida”. TERESA QUINTELA DE BRITO, “Eutanásia Activa Directa e Auxílio ao Suicídio: Não Punibilidade?”, p. 598 e ss

TERESA QUINTELA DE BRITO que promove-se assim não só a seriedade da decisão de morrer mas aguça-se também “o engenho humano daquele que realmente deseja «deixar de viver» e daqueles que o rodeiam”³²¹.

A proposta encontraria a sua legitimidade no consentimento do ofendido, pois, pese embora o art.149.º estatuir somente a livre disponibilidade da integridade física para TERESA QUINTELA DE BRITO “a vida apenas é indisponível relativamente a ataques perpetrados por terceiros” e *in casu* trata-se de um suicídio, “uma autolesão da vida”. Certo é que existe uma interferência de um terceiro punível pelo art.135.º, só que existe igualmente um consentimento que em virtude do contexto eutanásico não violará os bons costumes a que alude o art.38.º do CP e legitimará tal auxílio activo ao suicídio³²². Propõe assim que se acrescente ao art.135.º um número 3) “Não é punível a ajuda activa ao suicídio previsto no n.º1, se prestada a pessoa com doença incurável, cujo sofrimento (“para lá do suportável em termos do respectivo limite fisiológico comum”) já não intenta minorar-se mediante cuidados paliativos, pelo seu médico assistente e a pedido sério, instante e expresso do próprio”; um número 4) “A verificação das circunstâncias que tornam não punível a ajuda activa ao suicídio é certificada em atestado médico, escrito e assinado antes da prestação do auxílio por médico diferente daquele que o vai realizar”; e por fim um número 5) “O pedido deve constar de documento assinado pelo doente, sempre que possível, com a antecedência mínima de 24 horas relativamente à efectiva prestação do auxílio”³²³.

³²¹ Já para URS KINDHÄUSER, “Forma, contenido y posición sistemática del consentimiento en el derecho penal”, p. 24, o paternalismo justifica-se pelo facto de que “en la fundamentación de normas y su validez no se trata de dar cuenta de situaciones fácticas específicas, sino que de establecer coordinaciones generalizadas de bienes en conflicto en interés general”.

³²² QUINTELA DE BRITO, “Eutanásia activa...”, p. 607 e ss. não deixa porém de explorar outras alternativas de legitimação: o conflito de deveres (art.36.º) e o estado de necessidade justificante (art.34.º) que descarta, pois o primeiro exigiria um dever do médico de contribuir para o suicídio do seu doente mediante pedido, o que não existe, e o segundo pressupõe “a afirmação da sensível superioridade da vertente qualitativa da vida relativamente ao seu segmento quantitativo” (nos termos do art.34/1.º, al. b) o que não seria “à luz de uma normal sensibilidade aos valores” uma superioridade “sensível ou manifesta”.

³²³ QUINTELA DE BRITO, “Eutanásia activa...”, pp. 609-610. Ficariam de fora (num paternalismo “indirecto e débil”) as situações de diminuição sensível da autodeterminação inerentes ao art.135/2.º. A autora considera ainda que tal auxílio não tem de ser levado necessariamente a cabo por um médico, e que tal opção prende-se sim à presunção de que estes terão um melhor conhecimento da situação do doente e dos meios mais humanos para pôr fim à vida, bem como por razões de maior segurança jurídica e de protecção da saúde do paciente, concluindo, e bem, que “à semelhança do que sucede com a interrupção voluntária, a lei venha a restringir formalmente ao médico a autoria de tal ajuda”. Sendo os requisitos 4 e 5 de natureza procedimental considera-se ainda que a não redução a escrito ou a falta do atestado (mas já não o desrespeito pelo lapso temporal) “não pode impedir a exclusão do conteúdo de ilícito do facto”. Cremos ser de difícil compreensão quer o entendimento relativamente àqueles que não podem suicidar-se mesmo com auxílio (e cumprindo os demais quesitos) quer discriminatório restringir a solução a doentes terminais e, pese embora a

1.2.) *Eutanásia Activa Directa*

Relembra-nos FIGUEIREDO DIAS que a compreensão desta questão implica que se tenha sempre em conta que estamos ante o conflito entre “o indeclinável direito (de cada um) dar à sua vida o destino que quiser, como e quando quiser” (a autonomia pessoal e o consequente direito à autodeterminação) que constitui “a mais pura e directa decorrência da dignidade da pessoa humana” e a compreensão de que a “vida humana (de pessoa já nascida) constitui o mais alto bem jurídico que ao direito penal cabe proteger”³²⁴ (mas que não se trata porém de um bem absoluto, pois poderá em situações excepcionais ser limitado³²⁵).

Se em relação à eutanásia passiva³²⁶ e à ortotanásia³²⁷ existe consenso na doutrina acerca da sua admissibilidade, o mesmo não ocorre com a eutanásia activa directa que se considera subsumir um crime de homicídio a pedido, uma forma privilegiada do crime de homicídio (art.134.º do CP³²⁸) na medida em que, como deixamos exposto, a

autora considerar que a previsão do recurso a cuidados paliativos “contém, implicitamente a exigência de mortalidade da doença”, parece-nos ser importante frisar que não deve ler-se em tal previsão um filtro paliativo. Acrescente-se que em relação ao art.143/4.º do Código Penal Espanhol, BARQUÍN SANZ, Op. Cit., pp. 209-211 sugere uma proposta em moldes similares à de QUINTELA DE BRITO.

³²⁴ Ambas com assento na lei, mas “no quadro axiológico que preside ao ordenamento jurídico-penal português o princípio da autonomia pessoal e do direito de autodeterminação cede face à extensão tutelar do bem jurídico da vida humana”, FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 206.

³²⁵ Cf. *Ibidem*, Loc. Cit., e FARIA COSTA, Op. Cit., p. 786 e ss.

³²⁶ Menos consensual são os casos em que não estamos ante um indivíduo em estado vegetativo, num coma irreversível, *et cetera* “tendo perdido de forma irrecuperável a consciência”, vide ROXIN, Op. Cit., p. 23 e ss; FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, pp. 207-211; MANUEL DA COSTA ANDRADE, “Consentimento e Acordo em Direito Penal”, pp. 456-457; HELENA MOURÃO, “Eutanásia passiva e dever médico de agir ou omitir em face do exercício da autonomia ética do paciente”, p. 68 e ss. e QUINTELA DE BRITO, “Crimes...”, p. 53 e ss.

³²⁷ Mais discutível é saber se a admissibilidade da ortotanásia “conduz à atipicidade da conduta do médico ou à sua justificação face à incriminação do homicídio a pedido”. Defendendo a atipicidade” vide FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 211-214; JORGE DE FIGUEIREDO DIAS, JORGE SINDE MONTEIRO, “Responsabilidade Médica em Portugal”, pp. 76-77 e FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, pp. 267-279. Já defendendo a solução do conflito de deveres, QUINTELA DE BRITO, “Crimes...”, p. 43 e ss.

³²⁸ Do ponto de vista jurídico-constitucional “não existe o direito à eutanásia activa directa”, vide J. J. GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA, “Constituição da República Portuguesa Anotada”, p. 450. Considerando que “se o direito à vida não é um direito subjectivo, então também se deve entender que não há um «direito à morte», mas apenas o direito de recusar o prolongamento artificial da vida”, Cf. LOPES DE BRITO, LOPES RIJO, Op. Cit., pp. 99-100 e PEDRO VAZ PATTO, “A eutanásia em face da Constituição Portuguesa”, pp. 192-203.

eutanásia activa directa pressupõe um pedido ³²⁹ ou, eventualmente, cumpridos que não sejam os requisitos legais de tal pedido um homicídio privilegiado (art.133.º do CP) ³³⁰.

Em relação ao fundamento da incriminação do art.134.º ³³¹ diz-nos INÊS FERNANDES GODINHO que o mesmo não poderá ser a “inviolabilidade da vida de outra pessoa” dado que isso implicaria não poder existir “causas de justificação em relação a qualquer homicídio” e implicaria que todos os ordenamentos que previssem o homicídio a pedido também previssem o crime de auxílio ao suicídio, o que não ocorre, para além de que aquele fundamento terá de justificar a queda do princípio *volenti non fit injuria*. São três os principais fundamentos apontados: a) protecção do bem jurídico vida humana; b) protecção daquele bem mas também de um interesse público; c) o art.134.º justificar-se-ia por dificuldades de prova, pelos “perigos de utilização indevida” ou para evitar-se a *slippery slope*, concluindo a autora que o fundamento é “o dogma da intangibilidade da vida humana” que, no contexto de um direito penal “de cariz liberal e em um Estado de direito democrático”, deverá ser entendido enquanto o “interesse partilhado pela comunidade (...) de que a vida humana (de outras pessoas) se mantenha como intangível, devendo, assim, este bem ser protegido por forma a também assegurar aquele interesse” ³³². Já o bem jurídico protegido por este crime “com rosto de Jano” (para a vítima um suicídio por mão alheia, para o agente “representa a produção da morte de outra pessoa”) é naturalmente a vida humana.

Denota COSTA ANDRADE que “a pertinência da incriminação do Homicídio a pedido da vítima está longe de ser pacífica”, sendo vários os autores que defendem a sua revogação (v.g. KESSLER, KAUFMANN) na medida em que autolesão e heterolesão

³²⁹ FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, pp. 265-267 pressupõem-se e exige-se “sempre o consentimento do paciente”, assim “qualquer medida no âmbito da eutanásia terá de corresponder à vontade expressa, ou, no caso de pessoas incapazes de a expressar (...) à vontade presumida”.

³³⁰ Como sublinha CLÁUDIA NEVES CASAL, “Homicídio Privilegiado por Compaixão”, pp. 178-179 o art.133.º aplicar-se-á naqueles casos (indevidamente classificados) de eutanásia activa directa em que o agente actua por vontade própria e motivado, v.g., por compreensível compaixão. Já considerando que será ainda exigível “uma forte pressão sobre o agente por forma a alterar a sua capacidade de determinação” e “laços afectivos íntimos entre o autor e a vítima” vide AMADEU FERREIRA, “Homicídio Privilegiado”, pp. 64-68. Existindo um pedido haverá um “concurso aparente *ex vi* relação de especialidade” prevalecendo o art.134.º. COSTA ANDRADE, “Comentário ao art.134.º”, p. 74.

³³¹ Sobre a evolução histórica do preceito vide MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, Op. Cit., pp. 198-199 e COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 134.º”, p. 58.

³³² FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, p. 357-386.

consentida são apenas formas diferentes de expressão da autonomia dos bens jurídicos”, porém a maioria da doutrina alinha pela pertinência de tal ilícito ³³³.

Em relação à conduta típica, “o agente tem de matar outra pessoa. Isto é, têm de verificar-se aqui todos os pressupostos do tipo objectivo” do art.131.º, a que deve acrescer mais dois: “em primeiro lugar, a existência de um pedido sério, instante e expresso; em segundo lugar, que o agente actue determinado por aquele pedido”. Deve precisar-se que, pese embora terem de cumprir-se aqui os requisitos do consentimento (art.38.º CP), eles são mobilizáveis não enquanto causa de justificação mas como regime de privilégio (como redutor “do conteúdo do ilícito” e da culpa) sendo eles: “uma vontade séria, livre e esclarecida”, capacidade (maiores de 16 anos) e o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance. À luz do art.134.º é ainda necessário: *a*) que o pedido ³³⁴ seja sério, “uma vontade verdadeira, não-influenciada e amadurecida”, isto é, sem vícios (coacção, erro) e com a vítima dotada de capacidade para consentir nos termos do art.38/3.º CP (assim menores de 14 anos e doentes psíquicos não poderão formular tal pedido); *b*) o pedido deve ser instante, “tem de revestir a intensidade – e se necessário a insistência – bastantes para despertar no agente o dolo e induzir o encontro de vontades do agente e da vítima em torno da produção da morte”, o que não existindo no consentimento leva COSTA ANDRADE a falar de um “consentimento qualificado”; *c*) o pedido tem de ser expresso, “inequívoco, não podendo despertar dúvidas quanto ao seu sentido no destinatário”, não podendo ser presumido ou deduzido, mas não tem de ser feito por palavras (escritas ou faladas), “podendo ser transmitido por gestos, desde que unívocos”; *d*) o pedido deve ainda “ser suficiente para determinar o agente, uma vez que não havendo essa determinação não se pode considerar existir homicídio a pedido da vítima”, terá de existir “um nexo de causalidade correspondente ao da doutrina da instigação”, pese embora poderem confluír para tal determinação outros motivos “desde que o pedido da vítima persista como o principal e determinante”.

³³³ COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 134.º”, pp. 58-59, acrescentando que a revogação é sobretudo discutida em ordenamentos como o alemão onde não se pune o auxílio ao suicídio e onde a distinção entre as duas figuras pode ser difícil.

³³⁴ Sendo um pedido não bastará “o simples consentimento da vítima ou qualquer atitude passiva equivalente”. Ela tem de “intervir activamente no processo de formação da decisão do agente”, mostrando a sua vontade de morrer e “receber a morte das mãos da pessoa concretamente indicada”, é ela que determina o “quem, quando e como da acção de produção da morte”, logo tem de existir “antes e durante a actuação do agente” (sendo revogável a todo o tempo). Já em relação ao agente, entre nós, não pode o pedido ser dirigido a um conjunto “mais ou menos heterogéneo de pessoas”. Ibidem, pp. 63-64.

Conclui assim INÊS FERNANDES GODINHO que a equiparação deste pedido ao consentimento (qualificado) deve ser feita com cautela pois se ambos são expressão “da liberdade de decisão ou autodeterminação”, aquele “até ao seu limite, justifica a conduta do agente” enquanto o pedido “mesmo que possa ser interpretado como um «consentimento qualificado», porquanto pressupõe os requisitos do consentimento para além dos seus requisitos específicos (...), não poderá ser ordenado como causa de justificação, pois tal é expressamente negado pelo ordenamento jurídico-penal no art.134.º”, será sim um *tercium genus* ³³⁵.

No que concerne ao tipo subjectivo, o homicídio a pedido será punido por dolo directo, ou excepcionalmente, dolo eventual, ensinando-nos COSTA ANDRADE que o “elemento intelectual do dolo exige a representação de todos os elementos pertinentes ao tipo objectivo”, assim, se agir sem conhecimento do pedido será punido nos termos do art.131.º, não havendo lugar a um homicídio a pedido por negligência ³³⁶.

Para COSTA ANDRADE, “o consentimento nunca será bastante para excluir a ilicitude da morte de outra pessoa: seja qual for a sua idade, seja qual for o seu estado de saúde”, não admitindo a possibilidade de uma eutanásia activa directa configurar uma situação de direito de necessidade ³³⁷.

Já para FIGUEIREDO DIAS no quadro legislativo vigente a eutanásia activa directa será punível como homicídio ou homicídio a pedido. Não deixa porém o ilustre penalista de denotar a insistência crescente para aceitar-se a eutanásia activa directa a) “através de uma fortíssima redução do âmbito de protecção da norma que incrimina o

³³⁵ FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, p. 390-396; COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 134.º”, pp. 64 e ss. Acrescente-se que parece não haver lugar entre nós à punibilidade do homicídio a pedido por omissão, “solução válida não só para os casos de omissão pura e simples, mas também para as situações em que, a pedido e segundo a vontade do paciente, o agente (v.g. o médico) *interrompe um tratamento ou desliga a máquina de reanimação artificial*”. Já em matéria de participação, “a relação especial do agente, sobre que assenta o regime do Homicídio a pedido da vítima, releva também da ilicitude e é, *qua tale*, comunicável”, assim, o regime do art.134.º tanto aproveitará ao “médico-autor” a quem se destinou o pedido como o “enfermeiro-cúmplice, desde que tenha tido conhecimento do pedido dirigido ao médico”. Já FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, p. 397-400 diz-nos que não basta este conhecimento, os participantes devem ainda actuar “determinados pelo pedido”.

³³⁶ COSTA ANDRADE, “Comentário ao artigo 134.º”, pp. 69-71.

³³⁷ *Ibidem*, pp. 71-72. Igualmente contrária à admissibilidade da eutanásia activa directa está NEVES CASAL, *Op. Cit.*, p. 178 por violar “o princípio da salvaguarda da vida e, também, a protecção da dignidade humana”. Já FERREIRA MONTE, *Op. Cit.*, p. 310 e ss., conclui com base na indisponibilidade do direito à vida e nos perigos e dificuldades intrínsecos ao conceito de dignidade que “o vigente regime da eutanásia - seja quando compreende um homicídio a pedido ou um homicídio privilegiado - já constitui um regime menos severo de punição, afastando a incriminação de muitos outros casos (*maxime* de ortotanásia)” parecendo-lhe “duvidosa a necessidade e a justeza de uma alteração desse regime”. De igual modo, vide LOPES DE BRITO, LOPES RIJO, *Op. Cit.*, p. 103 e RUI JANUÁRIO, ANDRÉ FIGUEIRA, *Op. Cit.*, p. 113 e ss.

homicídio a pedido” em virtude da “qualidade dos motivos que presidem ao acto bastando que eles sejam suficientes para considerar o pedido razoável e objectivamente fundado”, o que implicará que a autodeterminação do doente deva ter primazia (JAKOBS); b) concedendo-se primazia ao respeito pela vontade do enfermo, justificando-se assim a existência de um estado de necessidade justificante (como sustenta HERZBERG e MERKEL); ou ainda c) defendendo-se (como HOERSTER) *de iure condendo* a institucionalização legal de uma morte alheia através de um procedimento legalmente regulado ³³⁸.

Em relação a estas propostas ROXIN e FIGUEIREDO DIAS argumentam que a medicina afirma serem raros os casos em que o enfermo manifesta uma vontade séria e esclarecida de que se ponha termo, por acção positiva directa, à sua vida, sendo o “acompanhamento compreensivo e humano da morte, aliado a uma terapia da dor tão eficiente quanto possível” a actuação indicada. Considerando porém que, excepcionalmente, podem ficar algumas situações num plano de *lege ferenda* defende FIGUEIREDO DIAS que ao art.134.º se acrescentasse um novo número com a seguinte redação: “o tribunal pode isentar de pena quando a morte servir para por termo a um estado de sofrimento insuportável para o atingido que não pode ser eliminado ou atenuado por outras medidas” ³³⁹. Já de *iure constituto*, restará o recurso ao estado de necessidade desculpante do art.35/2.º com objectivo idêntico: dispensa de pena ³⁴⁰.

Posição distinta e única, entre nós, é a de FARIA COSTA, que de *iure constituendo* defende a não punibilidade da eutanásia activa directa. Considerando que a vida humana é inviolável e que tal axioma “será sempre o horizonte no qual se desenharão todas as ponderações que se levarem a cabo”, lembra que porém mesmo a violação do

³³⁸ FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, pp. 214-215 e ROXIN, Op. Cit., p. 34. HOERSTER defende que ao crime de homicídio a pedido se acrescentasse (um §216^a StGB) “1) Um médico que mata um homem em sofrimento grave e incurável não age ilicitamente quando o atingido deseja expressamente a acção mortal por força de uma reflexão livre e ponderada que tomou num estado capaz de decisão e esclarecido sobre a situação; ou quando, não estando o atingido em estado de levar a cabo aquela reflexão, está justificado que se aceite que ele desejaria expressamente, no caso, a acção mortal; 2) A existência dos pressupostos referidos no número um só exclui a ilicitude se for documentada por escrito, de forma fundamentada, não só pelo médico que executar a acção mortal, como ainda por outro”.

³³⁹ FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 215. É de resto a proposta constante do projecto alternativo de uma lei sobre a eutanásia (AE – *Sterbehilfe*) de 1986. Note-se todavia que entre nós estes “casos-limite” sempre serão em maior número do que os de ROXIN, Op. Cit., pp. 35-37 dada a não punibilidade do auxílio ao suicídio na Alemanha.

³⁴⁰ JORGE DE FIGUEIREDO DIAS, “Comentário ao art.131.º”, p. 15. Sendo também a solução apontada por autores como MAIWALD (falando em exclusão de pena) e ESER (falando em renúncia à punição). Cf. NEVES CASAL, Op. Cit., p. 176 e QUINTELA DE BRITO, “Eutanásia...”, p. 595.

bem jurídico vida pode em certas circunstâncias (v.g. legítima defesa) por razões de exigência de justiça não ser punida ³⁴¹; por outro lado, a “tão grande e densa mutação na esperança de vida humana não podia não deixar marcas”, não importando tanto a quantidade mas a “qualidade de vida” ³⁴². Igualmente subjectiva mas com “elementos referenciais de objectividade” é a questão do “sofrimento para lá do sustentável” devendo ter-se em conta que para o homem médio “há sempre um limite fisiológico para suportar a dor”.

Importante ainda para entender a posição de FARIA COSTA é a sua compreensão da autodeterminação, perspectivada na sua linha vertical, ela significará que “é o sujeito e só o sujeito que, em auto-reflexão, deve encontrar o seu modo de estar e de viver consigo mesmo e, sobretudo, deve ser também ele a única instância decisória do seu comportamento com os outros”, carregando ainda uma ideia de imunidade “do sujeito que se quer imune – imune ao exterior – e que exige ao Estado, ao Direito, a preservação dessa própria imunidade” ³⁴³.

Por outro lado, relembra aquele Mestre, que importa termos presente o princípio da precaução (todos os intervenientes no processo legislativo jamais devem “abandonar a ponderação firme e sustentada de todos os valores em jogo”) pois o argumento do “efeito de arrastamento” ou dos “passos sucessivos” não pode ser escamoteado, mas é igualmente certo que “toda a evolução é feita no pressuposto da assunção de riscos, para além de que “a consciência crítica e vigilante da sociedade democrática representa o limite inultrapassável” ³⁴⁴.

³⁴¹ Ensina-nos FARIA COSTA, “O fim...”, pp. 786-787 que o art.24.º da CRP não é uma *definitional stop* absoluta, não só porque a inviolabilidade visa sobretudo os poderes públicos como permite “sob pena de insanável contradição lógica” situações de violação da vida de outrem quando a nossa está a ser atacada, para além de que não está em causa “uma óptica valorativa de compreensão monolítica”.

³⁴² Ibidem, pp. 773-774 não nega o risco “escorregadio da subjectividade” mas entende existirem padrões de objectividade que nos permitem ajuizar sobre a qualidade de vida”: “diminuição para patamares mínimos de algumas funções vitais; altíssima probabilidade de se vir a concretizar um contínuo estado de dor que só possa ser debelado por analgésicos cada vez mais fortes; provável degradação mental”. Criticando o uso de tal conceito, de “má memória” e relativizador da vida “no seu absoluto *priori* axiológico” e invocando a sua mobilização por BINDING veja-se ANTÓNIO CASTANHEIRA NEVES, “Arguição nas provas de agregação do Doutor José Francisco de Faria Costa – Comentário crítico à lição: o Fim da Vida e o Direito Penal”, pp. 613-616 e ainda negando o recurso a tal conceito, VAZ PATTO, Op. Cit., pp. 205-211. Sobre BINDING vide KAY H. SCHUMANN, “A Reflexão Binding/Hoche”, p. 43 e ss.

³⁴³ FARIA COSTA, “O fim...”, pp.777-779.

³⁴⁴ Pelo contrário FERREIRA MONTE, Op. Cit., p. 314: “no plano político-criminal e axiológico-material, avulta o propósito de não abrir brechas na protecção penal da vida humana, em torno do qual o direito (penal) deve erigir um verdadeiro *tabu*”.

Primacial na proposta de FARIA COSTA é a compreensão do acto médico numa relação não paternalista entre médico e doente. Com efeito, a eutanásia sustentada em pedido, sério, instante e expresso (nos termos do art.134.º³⁴⁵) deve ser praticada por um médico, não para transferir a “responsabilidade da comunidade em geral para uma específica profissão” mas porque “é o próprio pensamento médico e muito particularmente a efectiva e real prática de alguns médicos (...) que tornam esta exigência como qualquer coisa de natural”, mas também por razões de segurança e garantia³⁴⁶. Estando em causa um médico fora do modelo hipocrático paternalista, onde cuidar não se reduz à “exasperada conservação da vida” e a relação passou a ter de contar com a “ideia forte da autodeterminação do doente”, que deixa assim de ser um “sujeito meramente passivo numa relação de supra-infra ordenação, para passar a ser um sujeito detentor de direitos” numa relação dialógica onde com o médico “é senhor capaz de construir a sua própria vida”³⁴⁷.

Propõe-se assim que naquelas situações onde a esperança de vida é nula, a qualidade de vida “atinge níveis de humilhação”, o sofrimento ultrapassa a linha do razoável e em que a vontade de deixar de viver é um “valor a que a ordem jurídica não pode ficar indiferente”³⁴⁸, um “rigorosíssimo regime procedimental para a sua concretização”, a saber: “a) a eutanásia activa, sustentada em pedido sério, instante e

³⁴⁵ Contra tal “paralelismo”, CASTANHEIRA NEVES, Op. Cit., p. 622 considerando que retirar-se do art.134.º e 135.º “afloramentos ou prelúdios à relevância da morte assistida” esbarra no facto de que há diferenças entre as situações relativas aos dois preceitos e a eutanásia, e que uma argumentação *a maiori ad minus* ou por analogia ad *bonam partem* representaria um “grande passo para uma sua geral admissão, e com omissão do seu particular melindre ético-jurídico e de problemática específica que não se poderá minimizar desse modo”.

³⁴⁶ FARIA COSTA, “O fim...”, p. 797. Deixar tal missão, como se viu a propósito do caso Suíço, fora da alçada dos médicos é potenciar abusos e insegurança, igualmente reprovável é a hipótese de criação de “carrascos de nova geração” a que alude OSSWALD, “Eutanásia...”, pp. 460-461 que descarta, numa lógica hipocrática, tal papel para a classe.

³⁴⁷ Ibidem, pp.791-792. Nem devendo sequer falar-se em paciente (“o que tem paciência, o que está resignado”) mas sim do doente “com todos os direitos a isso inerentes, nomeadamente o seu indelegável e incomprimível direito à autodeterminação curativa”. Note-se que não existe no nosso ordenamento uma definição material de acto médico, o que para o ilustre penalista é, de resto, indefinível mas não obsta a que se procure “uma aproximação legal e funcional”. Vide JOSÉ DE FARIA COSTA, “Em redor da noção de Acto Médico, p. 212 e ss. Analisando esta nova “geografia” mas denotando os seus perigos e a existência de uma “asymétrie originelle”, ANNE LAUDE, “Le patient, nouvel acteur de santé?”, pp. 1151-1155.

³⁴⁸ Criticando tal entendimento, QUINTELA DE BRITO, “Eutanásia activa...”, pp. 573-579 diz-nos que a autonomia “envolve a ideia complementar de responsabilidade de cada um pelo seu próprio destino e de licitude geral dos actos de «*aproveitamento e desenvolvimento das oportunidades de auto-realização*»”, assim não poderá ir ao ponto do médico poder “*exercer ou assumir, pelo doente, a responsabilidade deste pela condução do seu próprio destino, nem assegurar-lhe oportunidades de auto-realização que se não dão na sua pessoa*”. Já CASTANHEIRA NEVES, Op. Cit., pp. 622-625 considera que tal desejo de “deixar de viver” por “recusar a vida humana nas suas axiológicas exigências normativas” é inválido pois a autodeterminação “é um poder-ser para a sua afirmação e realização positivas, não para a negar, violar ou recusar”.

expresso ³⁴⁹, não pode ser senão praticada em circunstâncias inequivocamente excepcionais e justificadas; b) tal prática só se justifica na fase terminal de uma doença grave e incurável; c) a oferta de reais e verdadeiros cuidados paliativos é um procedimento absolutamente indispensável; d) o acto da eutanásia em caso algum pode ser praticado em menor, mesmo que emancipado, nem em doente mental, mesmo que tenha expresso essa vontade em momento lúcido ³⁵⁰; e) só um médico pode praticar a eutanásia; f) o médico pode sempre fazer valer o direito de objecção de consciência” para além de serem necessários “procedimentos interlocutórios que demonstrem e que garantam, de forma segura, que a vontade do paciente é inequivocamente aquela que se plasma no querer «deixar de viver»”.

Conclui assim FARIA COSTA que uma eutanásia nestes moldes consubstanciaria um acto médico. O acto médico será seguramente um acto de cura (e já não uma “exasperação ou encarniçamento terapêuticos” – Cf. art.156.º) e mesmo quando “nada mais há a fazer” haverá lugar ainda ao acto médico paliativo, mas nesta relação dialógica entre “iguais”, “o acto médico pode e deve ir muito para lá do mero «curar»”, do “curar para além da cura” ³⁵¹. Assim, defende aquele autor, tal como sucede no art.150.º (onde

³⁴⁹ FARIA COSTA, “O fim...”, pp. 792-794, parece sustentar a inadmissibilidade do testamento de vida, porque “quando trabalhamos sobre questões do ser, a actualidade é peça essencialíssima para se aferir da validade da vontade”.

³⁵⁰ Diz-nos QUINTELA DE BRITO, “Eutanásia activa...”, p. 567, que se trataria de um “paternalismo débil”, isto é, “orientado para a protecção de sujeitos incompetentes contra as consequências danosas de decisões (em rigor não voluntárias) por eles tomadas. A propósito da eutanásia passiva precoce de recém-nascidos gravemente deformados e que jamais alcançarão a consciência ou que padecem de um sofrimento irreversível (diferentemente daqueles cujos tratamentos não irão permitir a sua sobrevivência mas apenas minorar o seu sofrimento e é admissível cessá-los) vide HELENA MONIZ, “Eutanásia Precoce: Dúvidas e Interrogações, p. 343; FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p. 211, ROXIN, Op. Cit., p. 37; FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, p. 245 e ss. e a Posição 28/CNECV/99. No caso de eutanásia activa directa tal possibilidade está por maioria de razão arredada e é punível nos termos do art.131.º ou, eventualmente, do art.133.º do CP.

³⁵¹ FARIA COSTA, “O fim...”, p. 797 e ss. e FARIA COSTA, “Em redor...”, pp. 219-220. Contra este entendimento veja-se QUINTELA DE BRITO, “Eutanásia activa...”, pp. 571-573 considerando que o acto médico “atingiu, quiçá, a sua máxima abrangência com a inclusão dos cuidados paliativos” e que a eutanásia activa directa não poderia assim ser reconduzida ao conceito de acto médico pois o art.150.º diz-nos que a “intervenção ou tratamento médico é aquele que de *per se* e segundo o estado dos conhecimentos e da experiência medicina, *se mostra indicado*” mas é necessário ainda que o móbil último da conduta do médico “*se identifique com a prevenção ou diagnose de uma patologia, com a própria debelação ou minoração da doença, do sofrimento, de uma lesão, fadiga corporal ou perturbação mental*” o que não ocorreria com a eutanásia activa directa “ainda que tal acto não possa deixar de orientar-se para a supressão da dor e do sofrimento, nas circunstâncias inequivocamente excepcionais em que o doente se encontra”. No mesmo sentido veja-se CASTANHEIRA NEVES, Op. Cit., pp. 626-630. Pelo contrário, defendendo que nos termos do art.150.º ainda será acto médico “aquele que diminui o sofrimento – ou mesmo o extinga – pondo termo à vida da pessoa, quando essa seja a única forma de conseguir tal objectivo, já que os cuidados paliativos se tornaram insuficientes” veja-se VERA LÚCIA RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida”, p. 187-188.

nem se preenche “sequer o tipo legal de crime de ofensas à integridade física”) que a “eutanásia activa praticada por médico, enquanto executor de acto médico, seja entendida como nem sequer preenchendo o tipo legal de crime de homicídio” sob pena de cindir, sem sentido, “a unidade do acto médico”³⁵².

Já INÊS FERNANDES GODINHO considera que FARIA COSTA “acaba por traçar uma não punibilidade da eutanásia activa directa a partir da consideração da mesma como um acto médico” (subsumíveis ao art.150.º) não se alicerçando na autodeterminação do doente, sendo que, para além de poder criticar-se como os autores já mencionados esta concepção de acto médico³⁵³, a tónica da não punibilidade (em “casos muito excepcionais”) da eutanásia activa directa deve estar na autodeterminação: “da mesma maneira que a autodeterminação é restringida por razões de interesse público ou da comunidade, deverá ser a mesma autodeterminação que se impõe no sentido da não punibilidade” da eutanásia activa directa³⁵⁴.

Considerando que a eutanásia deve ser “realizada em contexto médico” mas já não cingida a casos de doença incurável pois, pese embora tal quesito “assegurar o carácter de excepção-limite da não punição”, trata-se de “mais uma forma de limitação da autodeterminação do doente” (pois tal qualificação é feita pelo médico), entende a autora que “o acento tónico deve situar-se na gravidade da doença e no prolongamento do sofrimento”. Só nesse contexto haverão os casos excepcionais em causa, pautados pela

³⁵² Não deixa porém o ilustre penalista de analisar outras possibilidades de não punibilidade. Através de uma causa pessoal de exclusão, com a vantagem “de se poder continuar a afirmar que tais actos continuariam a merecer, em toda a linha, o desvalor mais profundo do direito penal”, mas excluindo a responsabilidade penal do médico ou uma causa de exclusão do ilícito. FARIA COSTA, “O fim...”, pp. 800-802. QUINTELA DE BRITO, Op. Cit., p. 579 e ss. pelo contrário considera que não é possível justificar tal homicídio nem por via do consentimento ou do conflito de deveres, colocando reservas ao recurso ao estado de necessidade desculpante, colocando como hipótese caso não aceite-se a inclusão do bem vida humana numa vertente qualitativa no art.35/1.º, o recurso à dispensa de pena nos termos do n.º 2 (“a qualidade de vida do paciente constituirá um interesse jurídico diferente dos referidos no n.º1, verificando-se os demais pressupostos”) o que como, salienta a autora, “não consagra uma causa de diminuição ou exclusão da culpa (...) mas de diminuição ou exclusão da pena”. Não sendo possível o recurso ao art.35/2.º defende QUINTELA DE BRITO a responsabilização do médico nos termos do art.134.º, ou faltando um pedido qualificado por homicídio simples ou privilegiado com pena especialmente atenuada (art.72/2.º, al. b).

³⁵³ O art.150/1.º prevê ofensas à integridade física e não à vida e mesmo que se possa fazer uma analogia *in bonam partem* “tal criaria uma contradição interna no sistema” indo contra o teor do art.134.º. FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, pp. 401-403. Colocando-se a tónica no acto médico e não na autodeterminação compreende-se a crítica de CRISTINA LÍBANO MONTEIRO, “Sobre o problema da «eutanásia a pedido»”, p. 143 de que se “matar seria o indicado pelas *leges artis* da medicina”, então faltando o pedido estaríamos ante um tratamento médico arbitrário e já não um homicídio.

³⁵⁴ FERNANDES GODINHO, “Autodeterminação...”, p. 120 e ss. Estando em causa uma autodeterminação enquanto liberdade positiva, pois põe “em causa interesses e direitos de terceiros”.

impossibilidade do doente pôr fim à sua vida³⁵⁵. E nestas situações-limite, “de compressão intolerável da autodeterminação e da própria liberdade” justificar-se-ia uma “excepção às margens da punibilidade”.

Na verdade o “pedido sério, instante e expresso” do art.134.º pode fundar-se em “qualquer razão que seja razão bastante para a vítima”, de tal modo que tanto incorrerá naquele crime quer o que mata a pedido do amante desgostoso como aquele que acede ao pedido de um doente grave e em sofrimento e incapaz de suicidar-se (ou ser ajudado a suicidar-se), e se é certo que para o Direito Penal “ambas as vidas representam um bem jurídico digno de protecção”, é bom de ver que há uma diferença fundamental “enquanto no primeiro, aquele que sofre o desgosto de amor pode concretizar o que pede ao terceiro, ou seja, provocar a sua própria morte, não se encontrando, assim, limitado na sua autodeterminação e na sua liberdade de actuação, aquele que padece da doença grave e da citada impossibilidade física já não o pode fazer”. Nestes casos o art.134.º põe em causa a autodeterminação e o seu fundamento (“o *tabu* da protecção penal da vida humana”) implicará uma “imposição – diríamos, um dever – de permanecer vivo”, uma instrumentalização da vítima³⁵⁶.

E ante a crítica de que nestes casos justificativos de um “suicídio organizado com recurso à divisão de trabalho” não se trata de “uma autodeterminação pura, mas também de heterodeterminação, uma vez que a decisão última sobre a vida a matar é dada a um terceiro”, diz-nos aquela autora que (tal como ocorre no dano de coisa através de terceiro consentido pelo proprietário) não se pode deixar de dar “um valor «justificativo» positivo à autodeterminação através do terceiro”. Já quanto ao perigo de instrumentalização da pessoa, deverá exigir-se o pedido nos termos do já mencionado “consentimento qualificado”³⁵⁷.

Chega assim INÊS FERNANDES GODINHO à proposta de cancelamento do art.134.º “quando o titular do bem jurídico não tivesse mais nenhuma possibilidade de exercer a sua autodeterminação”, casos onde “não se trataria de heterolesão – e sim de

³⁵⁵ FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, pp.404-405, se o requisito da gravidade da doença afasta “doenças como uma gripe” não diminuindo o “significado da norma ínsita no art.134.º”, a medida da tolerância para o sofrimento deve ser perspectivada “na esfera decisória do doente”.

³⁵⁶ Ibidem, pp. 406-408. Pelo contrário, considerando que “a recusa da eutanásia a pedido não significa impor a alguém o dever de viver” mas “reafirmar a intangibilidade na norma de comportamento «não mates outra pessoa», evitando-se “conceder à autonomia pessoal um poder imparável sobre o comando jurídico” e pôr em causa o “axioma da igualdade absoluta das vidas humanas” vide LÍBANO MONTEIRO, Op. Cit., p. 144.

³⁵⁷ Afastam-se assim os inimputáveis e incapazes de formular um pedido nos termos do art.134.º e conforme já defendia FARIA COSTA.

autolesão mediata, através da convocação de um terceiro para execução da lesão, por impossibilidade do próprio – nem de heterodeterminação” (pois a vítima não renuncia aos seus fins), mantendo-se “íntacto o limite geral que a incriminação do homicídio a pedido representa” pois só poderia ocorrer naqueles casos ³⁵⁸. Não obstante, conclui a autora “que uma verdadeira solução apenas poderá ser encontrada de *lege ferenda*” sendo necessário uma regulamentação específica.

Considerando que o quesito da gravidade e incurabilidade do sofrimento (mas já não do estado terminal ³⁵⁹) são fundamentais na configuração destes casos-limite a que o ordenamento não oferece resposta e que não cremos poderem ser perspectivados na óptica de TERESA QUINTELA DE BRITO, não podemos deixar de mostrar concordância com a tese exposta. Mas, pese embora parecer-nos ler na proposta de INÊS FERNANDES GODINHO a possibilidade de só poder aceder-se a esta “autolesão mediata” impossibilitado que seja o auxílio ao suicídio, cremos, na esteira de JOHN GRIFFITHS e das propostas de Lord Joffe e R. Kehl, que só inviabilizado que seja o recurso o auxílio ao suicídio (v.g. nos termos expostos por TERESA QUINTELA BRITO, mantendo-se portanto tal incriminação) poder-se-á possibilitar o cancelamento do art.134.º propugnado por INÊS FERNANDES GODINHO. Tratar-se-ia de uma prova fundamental no garante da “radical autenticidade duma vontade que se exprime na acção autolesiva” ³⁶⁰, e uma

³⁵⁸ Sob pena do dever de viver nestes casos limite ser contrário à própria lei fundamental, não sendo “suficiente que estas «situações-limite» possam ser resolvidos através da culpa” pois não se afasta assim o “problema da inconstitucionalidade da norma”. E para FERNANDES GODINHO, “Eutanásia...”, p. 410 e ss. está em causa a violação de “um dos pilares básicos em que assenta o ordenamento jurídico português”: a dignidade da pessoa humana mas também o princípio da proporcionalidade (art.18/2.º CRP). Sublinhando que a dignidade da pessoa humana “carrega consigo tão vasta densidade axiológica que as concretas manifestações daquela precisa dignidade muitas vezes se esfumam por entre vagas, efémeras e inconsistentes proposições normativas”, de tal modo que seria “absolutamente impensável tentar proteger penalmente e *qua tale*” devendo-se sim procurar “formas mais firmes e mais densas de concretização dos valores para que estes possam ascender à dignidade dos bens jurídico-penais” e que aquela encontraria a sua densificação no direito à integridade pessoal vide JOSÉ DE FARIA COSTA, “Vida e Morte em Direito Penal (Esquissos de alguns problemas e tentativa de autonomização de um novo bem jurídico”, p. 190 e ss. e ainda FERREIRA MONTE, Op. Cit., p. 329-335. E de facto, FERNANDES GODINHO, “Autodeterminação...”, p. 118 e ss. reconhece que a abstracção do conceito dificilmente permitirá “fornecer critérios racionais para permitir a admissibilidade da morte de um paciente em concreto” mas que sempre dela deve retirar-se a proibição da instrumentalização do homem (fundamentando, por exemplo, a proibição do encarniçamento terapêutico).

³⁵⁹ Entendemos, tal como considera FERNANDES GODINHO a propósito da eutanásia passiva, que exigir o requisito terminal seria redutor não só das possibilidades inerentes ao pedido de eutanásia mas sobretudo da autodeterminação. Colocando a hipótese de tal exigência levar a uma violação do princípio da igualdade vide LUÍS PINTO FERREIRA, “O suicídio e a eutanásia”, p. 257 e ss.

³⁶⁰ COSTA ANDRADE, “Consentimento...”, p. 217. Ou nas palavras de ROXIN, Op. Cit., p. 31 “A autonomia do acto suicida contra possíveis influências externas só estará assegurada se o desejoso de morrer cometer o suicídio de modo personalíssimo, isto é, mantendo o «domínio sobre o momento provocador da morte» em suas mãos”.

compreensão que só fortaleceria o fundamento da proposta: a autodeterminação. É de resto esse o pressuposto das propostas de DIAZ ARANDA e CARMEN LANUZA (a doutrina espanhola, com base na Constituição, tem vindo a discutir, com mais ou menores limitações, a extensão do direito de dispor da própria vida a terceiros, defendendo alguns a inconstitucionalidade do art.143./2.º e 4.º) ³⁶¹.

DIAZ ARANDA considera que nos casos de um doente “terminal, com graves minusvalías” e impossibilitado permanentemente de executar a sua morte ³⁶², a conduta de um terceiro de privar-lhe a vida poderá ser atípica. Considera aquele penalista, com base na teoria da imputação objectiva e seguindo os ensinamentos de ROXIN, que a norma em questão (art.143.º) não procura proibir o suicídio (e quem quer fazê-lo não precisa em princípio de terceiros) o que se quer é “evitar a intervenção de terceiros porque supõe uma afectação da máxima liberdade que deve prevalecer no exercício do direito personalíssimo e da autonomia sobre a disponibilidade da vida que compete, em exclusivo, ao seu titular”, pressupondo-se, portanto, a “possibilidade física” de tal exercício ³⁶³. Assim, quando o doente não pode exercer racionalmente tal direito, a conduta do sujeito activo “queda fuera del ámbito de prohibición de la norma penal”

Entende assim que naqueles casos violar-se-ia o princípio da igualdade ³⁶⁴, e que o pedido daqueles pacientes terminais ou com grandes “minusvalías” deverá ser (num controlo *ex ante*) analisado pelos tribunais ³⁶⁵. Mas, podendo o paciente naquelas condições ainda poder ser ajudado a suicidar-se, não deverá aproveitar-se desta solução pois “no existe razón o fundamento alguno que le permitan involucrar a terceros en la toma y ejecución de su decisión”.

³⁶¹ CARMEN TOMÁS-VALIENTE LANUZA, “La Disponibilidad de la Propia Vida en el Derecho Penal”, p. 386.

³⁶² Estão portanto fora da construção do autor aqueles pacientes que não podem manifestar a sua vontade, v.g. inconscientes. Vide DIAZ ARANDA, Op. Cit., p. 239

³⁶³ Todavia, tal como entre nós, DIAZ ARANDA não depreende daqui o direito à livre disponibilidade da vida pois sanciona-se também o homicídio a pedido e a ajuda ao suicídio, apenas sublinha que o sistema jurídico “parte de la idea que el titular de la vida puede ejercer por sí mismo ese derecho y, por tanto, no necesita de terceros”. DIAZ ARANDA, Op. Cit., p. 234 e ss.

³⁶⁴ DIAZ ARANDA, Op. Cit., pp.237-240. Relembramos que no caso Pretty o TEDH considerou, cremos nós motivado pela cautela e não pela objectividade, que a distinção entre pacientes capazes de suicidar-se e os impossibilitados de tal lesão era uma linha ténue, ora como se foi explanando é do ponto de vista médico e fáctico notório o caso daquele que mesmo com enormes limitações pode suicidar-se sozinho, ou com auxílio, daqueles casos onde a autolesão está completamente arredada, a *vexata quaestio* está sim na existência do preenchimento das demais condições (v.g. capacidade, sofrimento para além do suportável).

³⁶⁵ Sendo que deverá garantir-se uma informação completa e compreensível sobre o seu processo, diagnóstico, prognóstico e alternativas terapêuticas, acesso aos cuidados paliativos e “outras acções de reabilitação funcional e de reinserção social”. Só depois, poderá “solicitar su muerte vía judicial y tendrá derecho a recibir una respuesta por escrito”. DIAZ ARANDA, Op. Cit., pp. 237-239.

Conclusões similares são as de CARMEN LANUZA que reduz os casos em questão à figura do contexto eutanásico, tratam-se de contextos de grande sofrimento físicos (a autora afasta os psíquicos), de situações irreversíveis onde não existem mais opções terapêuticas e a morte assume-se como libertação desejável e como opção racional ³⁶⁶, de tal modo que a manutenção da proibição do homicídio a pedido ou de auxílio ao suicídio redundaria num “paternalismo fuerte (porque tem como objecto indivíduos competentes) indirecto (porque procura evitar um dado dano não proibindo directamente a conduta do agente mas sim o comportamento de terceiros) no justificado” e inadmissível numa sociedade liberal ³⁶⁷. Todavia a descriminalização propugnada deveria restringir-se “únicamente a los casos en los que el paciente no pueda siquiera ingerir por sí mismo la dosis de medicamentos necesaria para terminar con su vida” de forma rápida, não violenta e indolor ³⁶⁸.

1.3.) Directivas Antecipadas de Vontade

A Lei n.º 25/2012 de 16 de Junho veio estabelecer o regime das DAV, “designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável, a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer

³⁶⁶ Pois a racionalidade supõe “a eleição dos meios mais efectivos para a realização dos nossos planos de vida e desejos mais permanentes” e, nestas situações, terminar com o sofrimento através de uma morte digna é “perfectamente racional”, pressupondo-se a capacidade e “una previa comprobación de las circunstancias mentales”. TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Op. Cit., pp. 120-121 e pp. 148-149.

³⁶⁷ Considerando ainda que os perigos do “efeito de arrastamento” é real mas que podem ser neutralizados pela lei, a autora não deixa porém de invocar um “paternalismo indirecto fuerte” mas proporcional para manter a proibição da colaboração activa (executiva ou não) em suicídios livres, reduzindo, e bem, a excepção aos casos de contexto eutanásico pois fora desse contexto a vida continua a ser um bem e porque aqueles indivíduos sempre poderão suicidar-se sem recorrer a um terceiro, obrigando-os “a reflexionar sobre la seriedad de su decisión, obligándole a vencer por sí mismo - si es que verdaderamente quiere morir - las inhibiciones derivadas del instinto humano de conservación”. TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Op. Cit., pp. 122-123 e p. 369.

³⁶⁸ Note-se todavia que o fundamento da autora é alicerçado no contexto eutanásico e já não tanto na ideia delineada por DIAZ ARANDA de que “la decisión de morir sólo es libre cuando el sujeto llega al extremo de quitarse la vida sin ayuda de nadie”, pois se o suicídio for possível, mas de forma desumana e violenta, o recurso a terceiros também será defensável sem desvirtuar-se o núcleo essencial do suposto direito fundamental em questão. TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Op. Cit., pp. 386-387. Se com a exigência da ajuda ser médica sempre poderia ser uma consideração defensável (minimizando-se, por exemplo, o risco de abusos) a verdade é que sacrifica-se aquela radical autenticidade do gesto letal.

razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” (art.2/1.º)³⁶⁹ e dar uma resposta importante em matéria de eutanásia passiva e ortotanásia pois prevê expressamente a possibilidade de nelas constar a não submissão “a tratamento de suporte artificial das funções vitais” (art.2/2.º, al. a) e a de receber cuidados paliativos (art.2/2.º, al. b)³⁷⁰.

Como se sabe, uma das grandes questões acerca das DAV é o seu valor³⁷¹. O legislador português (art.6.º) não as considerou com um valor meramente indiciário pois a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde, tendo conhecimento daquela³⁷², deverá respeitar o seu conteúdo, todavia nos termos do art.6/2.º comprovado que seja que o outorgante não manteria tal vontade ou que em virtude do progresso dos meios terapêuticos há uma “evidente desactualização da vontade”, ou ainda por a DAV não corresponder “às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura”, aquela não será respeitada³⁷³. A solução actual difere assim, mesmo com esta ressalva, da que a doutrina apontava maioritariamente: o valor meramente indiciário³⁷⁴. O

³⁶⁹ A lei prevê ainda uma segunda modalidade (consagrou-se um sistema dualista e cumulável): nomeação de um procurador de cuidados de saúde (art.11º e ss.) com “poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber pelo outorgante, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”, sendo que esta decisão só não deverá ser respeitada se não for compatível com as disposições constantes da DAV (art.13.º). Cf. PAULA TÁVORA VITOR, “O apelo de Ulisses – o novo regime do Procurador de Cuidados de Saúde na lei Portuguesa”, p. 225 e ss., RAPOSO, “Directivas...”, pp.177-178 e JOSÉ ALBERTO GONZÁLES, “Testamento Vital e Procuração de Cuidados de Saúde”, pp. 139-148.

³⁷⁰ Neste sentido, falando de uma causa de exclusão ou de justificação especial, veja-se GONZÁLES, Op. Cit., p. 67. Mas não só, o art.2/2.º (não taxativo) prevê outros tantos desideratos possíveis (v.g. não ser submetido a tratamentos fúteis ou que se encontrem em fase experimental).

³⁷¹ Como era patente nos dois pareceres do CNECV: parecer 45/CNECV/2005 e 46/CNECV/2005), pois se o primeiro aceitava a força vinculativa das DAV o segundo apenas reconhecia um valor indiciário. Veja-se RAPOSO, Op. Cit., p. 181-183. Já o art.46/2º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos de 2008 estabelece que as DAV devem ser tomadas em consideração.

³⁷² AS DAV podem ser entregues directamente à equipa médica mas têm nos termos do art.3.º de ser “formalizadas através de documento escrito, assinado presencialmente” ante um funcionário do Registo Nacional do Testamento Vital - RENTEV (art.15.º e ss. sendo que o registo tem valor meramente declarativo) ou notário, podendo recorrer-se a um formulário disponibilizado nos sites das Administrações Regionais de Saúde ou a documento que cumpra os demais requisitos do art.3.º. Todo o processo de registo optativo encontra-se regulado pela Portaria n.º 96/2014 de 5 de Maio (art.2.º a 7.º). Vide GONZÁLES, Op. Cit., p. 150 e defendendo uma solução mais exigente ANDRÉ DIAS PEREIRA, “Declarações Antecipadas de Vontade: meramente indicativas ou vinculativas?”, pp. 55-58 e DIAS PEREIRA, “Diretivas...”, pp. 302-304.

³⁷³ Como já defendia MÁRIO RAPOSO, “Eutanásia. Alguns problemas envolvidos, pp. 277 ou, falando de uma vinculatividade não absoluta, JOÃO LOUREIRO, “Saúde no fim da vida: entre o amor, o saber e o direito II – Cuidados”, p. 75. Naturalmente que “em caso de urgência ou perigo imediato para a vida do paciente” a DAV poderá ser desatendida na medida em que implique “uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante” (art.6/4.º). Cf. DIAS PEREIRA, “Diretivas”, pp. 303-304.

³⁷⁴ COSTA ANDRADE, “Consentimento...”, p. 457. Veja-se ainda criticando aquilo que considera ser uma “ficção legalizada”, OSSWALDD, “Eutanásia...”, p. 457.

preceito actual encontra-se portanto mais próximo dos ensinamentos de FIGUEIREDO DIAS que considerava que as DAV constituem, pelo contrário, “o mais forte indício da vontade presumida do declarante e só podem ser desobedecidos se forem conhecidas razões que definitivamente os contrariem”³⁷⁵.

Naturalmente a DAV só pode ser outorgada por maiores não interditos ou inabilitados por anomalia psíquica e “capazes de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido” (art.4.º)³⁷⁶, é modificável ou revogável a todo o momento, sem exigências de forma (art.8.º) com a conseqüente alteração no RENTEV (art.6.º da Portaria n.º96/2014 de 5 de Maio) ou com “simples declaração oral ao responsável pela prestação de cuidados de saúde” (posteriormente registado, art.8/4.º) e caduca “no prazo de cinco anos a contar da sua assinatura”, mas são eficazes, independentemente do prazo, a partir do momento em que a pessoa se torne incapaz (art.7.º) informando-se o outorgante ou o seu procurador da data de caducidade 60 dias antes (art.7/4.º)³⁷⁷.

Já uma DAV onde o outorgante peça, que em caso de ser incapaz de expressar a sua vontade seja sujeito a uma eutanásia activa directa ou auxílio ao suicídio será juridicamente inexistente nos termos do art.5.º, pois “provocarão deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos artigos 134.º e 135.º” do CP (art.5.º, al. b). Nas palavras de JOSÉ GONZÁLES “o testamento vital, a título de modo de expressão do direito à autodeterminação, consagra um direito de *escolha* (entre ser ou não ser objecto de certa terapia) e não um *direito a morrer*”³⁷⁸.

³⁷⁵ FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda...”, p.14. O desrespeito pela recusa de um tratamento constante de uma DAV consubstanciará um crime nos termos do art.156.º. Sobre isto RAPOSO, “Directivas...”, pp. 179-181 e VERA LÚCIA RAPOSO, “No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade), pp. 104-105.

³⁷⁶ Poderá questionar-se se importa a maioria inerente à capacidade negocial ou se importa mobilizar o art.38/3.º do CP, DIAS PEREIRA, “Diretivas...”, p. 294. e RAPOSO, “Directivas...”, p. 178 dizem-nos a este propósito que o direito comparado e os projectos de lei apontavam para a exigência do outorgante ter 18 anos, para além de ser essa a interpretação mais consentânea com o art.2/1.º e 5.º. Do mesmo modo, arredando ainda do âmbito do art.4.º o menor emancipado, GONZÁLES, Op. Cit., pp. 95-96.

³⁷⁷ GONZÁLES, Op. Cit., p. 126 e ss. Uma menção ainda para o art.10.º que impede a discriminação em virtude do utente ser titular de uma DAV, sobre isto veja-se RAPOSO, “Directivas...”, p. 175.

³⁷⁸ GONZÁLES, Op. Cit., p. 81 e 89 e ss, considera que tal previsão “não representa mais do que uma afloração da impossibilidade legal” prevista no art.280.º do Código Civil, dado os médicos não poderem “provocar activamente a morte do paciente”. Acrescente-se que serão ainda DAV juridicamente inexistentes as que sejam contrárias “à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas” ou ainda aquelas em que “o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade” (art.5.º, al. c), mas que resultava já do art.2/2.º). Para RAPOSO, “No dia...”, pp. 97-98 na medida em que a al. a) prevê a inexistência da DAV por violação da lei a al. b) é desnecessária e procura apenas reforçar a impossibilidade dela “introduzir uma nova causa de morte”, criticando ainda a referência à ordem pública “que não pode ter outro conteúdo senão o que derive do próprio ordenamento jurídico criminal”, isto é, possam conduzir à prática de um crime.

E sendo a vida um direito não disponível o “facto de se ter elaborado um qualquer documento manifestando uma tal vontade, em princípio não levará a uma diminuição da responsabilidade do homicida, como a prevista no art.134.º” pois dificilmente haverá o cumprimento do quesito “instante”, podendo quanto muito lançar-se mão dos art.38.º,72 e 74.º do CP ³⁷⁹.

³⁷⁹ LOPES DE BRITO, LOPES RIJO, Op. Cit., pp. 121-124. No mesmo sentido, LOPES CARDOSO, Op. Cit., pp. 249-250 defendendo todavia a subsunção de tais casos no art.133.º CP.

CONCLUSÃO

Enquanto escrevíamos esta dissertação as notícias vinham trazendo, por vezes diariamente, os desenvolvimentos dos casos de Tonny Nicklinson, Paul Lamb, Vincent Lambert e Marie Flemming ³⁸⁰, recordando-nos que o “homem médio” tem um nome e uma história dramática e que embora o fim da vida seja um tema de sempre, a intensidade com que é discutido, o acentuar das exigências para que o Direito ofereça uma resposta adequada, é crescente. E se a paixão que estes temas suscitam e a procura de respostas casuísticas, não são o caminho a trilhar, certo é também que os tempos exigem, pelo menos, que se encare de frente estes casos e se perscrute a mudança que tendem a fomentar na sensibilidade e consciência comunitárias ³⁸¹.

Não procurávamos respostas absolutas, nem ousaremos apontar soluções, mas algumas corroborações pensamos ter alcançado. Parece-nos ante de mais que o tempo de abordar o fim da vida enquanto encruzilhada entre cuidados paliativos e eutanásia e/ou auxílio ao suicídio findou. Não é concebível sequer discutir a descriminalização da eutanásia e do auxílio médico ao suicídio sem pressupor a consagração do direito efectivo aos cuidados paliativos ³⁸². É de resto, o primeiro ensinamento que devemos retirar das experiências descriminalizadoras europeias. Todo o caminho foi feito com essa *conditio sine qua non*. Assim, é forçoso concluir que sem uma rede de cuidados paliativos adequada, também em Portugal, não é equacionável uma descriminalização de qualquer

³⁸⁰ Destacamos este caso por tratar-se de uma irlandesa paralisada que procurava ser ajudada a suicidar-se pelo marido. Em Abril de 2013 o Supremo Tribunal Irlandês decidiria que a Constituição não consagrava um direito à morte mas que nada impedia as autoridades de legislarem. O caso tem um relevo especial dado a Irlanda ser o país da Europa Ocidental com a postura mais radical na defesa do direito à vida, o auxílio ao suicídio é punível pelo S.2(2) do *Suicide Act* de 1993 com uma pena de prisão até 14 anos e a eutanásia activa directa enquanto *crime of murder* sem previsão de uma forma privilegiada (já a eutanásia passiva tende a ser aceite à luz do *constitutional right to privacy* e a ortotanásia com base na doutrina do *double effect*). DAVID TOMKIN, PATRICK HANAFIN, “*Irish Medical Law*” p. 149 e ss.

³⁸¹ Pois como ensina FIGUEIREDO DIAS, “Direito Penal – Parte Geral”, pp. 132-133: “a realidade do crime não deriva exclusivamente da qualidade “ontológica” ou “ôntica” de certos comportamentos, mas da *combinação* de determinadas qualidades materiais do comportamento com o processo de *reação social* àquele, conducente à *estigmatização* dos agentes respectivos como criminosos ou delinquentes”.

³⁸² Vide HELENA PEREIRA DE MELO, “O Direito a Morrer com Dignidade”, p. 72 e ss., considerando que entre outros, o doente terminal ou incurável tem o direito a não ser sujeito a encarniçamento terapêutico, à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde sem ser “infantilizado nem diminuído” e a “receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados paliativos”, com “qualidade, eficácia, em tempo útil e de forma continuada”. Vide ainda LOUREIRO, Op. Cit., p.43 e ss. e a Base V da Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro.

tipo sob pena do argumento de que todos os pedido de eutanásia são um pedido de minoração do sofrimento (físico e psicológico) e não de morte, triunfar ³⁸³.

Igualmente essencial é aceitar que os cuidados paliativos não são a solução absoluta, resulta líquido que há sofrimentos (*maxime* psicológicos) que nunca serão apaziguados através deles, e mesmo sofrimentos físicos a que não dão resposta ou respondem violentando a concepção de dignidade humana do doente, reduzindo-o a um “homem planta”. De tal modo que reafirmamos as nossas reservas à exigência de um filtro paliativo (por mais importante que seja na delimitação dos casos verdadeiramente não tratáveis) a que acresce uma redução da autodeterminação, das possibilidades do consentimento (que justificaria a recusa de um tratamento, uma eutanásia passiva, mas já não de um cuidado paliativo que, do ponto de vista médico, mostra-se adequado) ³⁸⁴.

Somos também de parecer que o ordenamento português oferece uma resposta adequada, não tanto pela previsão de molduras penais privilegiadas, mas na medida em que possibilite, em última instância, como avançado por FIGUEIREDO DIAS, uma dispensa de pena. Mas consideramos igualmente que chegará o dia em que se exigirá mais, e nesse dia não concebemos que se possa ficar pela descriminalização do auxílio médico ao suicídio, aqueles poucos casos ³⁸⁵ de indivíduos que cumprem os demais requisitos, mas que não conseguem ser ajudados a suicidar-se, têm também de merecer uma resposta, e não, em nome da coerência do direito positivo (como na tese de TERESA QUINTELA DE BRITO), esbarrar no silêncio.

E, de *iure constituendo*, essa resposta, provada que seja a impossibilidade do suicídio médico assistido, é a eutanásia activa directa mediante o cumprimento dos requisitos substantivos e procedimentais atrás esboçados. Para além desta hierarquização

³⁸³ Sobre tal argumento, BERENGERE LEGROS, “La douleur comme fondement de l’euthanasie”, p. 393 e ss e SOMMACCO, Op. Cit., p. 176 e ss. A nossa consideração resulta de notícias de 2014 que dão conta que 90% da população que precisa de tais cuidados não os recebe e que 50% já morreu quando é chamada para a rede nacional de cuidados integrados. A estratégia para o desenvolvimento do programa nacional (2011-2013) demonstra, de resto, que estamos ainda longe das metas pretendidas.

³⁸⁴ Estamos já no âmbito dos pedidos de eutanásia puros que não constituem apelos à atenção ou se fundam em receios, são pedidos racionais e “reflexivamente decididos” e que não são apartados “pela existência e acessibilidade de cuidados paliativos de excelência”, OSSWALD, “Da Vida...”, p. 190-191.

³⁸⁵ Cremos também que o acesso aos cuidados paliativos eficazes cobrirá grande parte dos casos, OSSWALD, “Sobre a Morte...”, p.54 e ss. diz-nos que serão mesmo “excepcionais” e dependendo a eutanásia activa directa da impossibilidade do paciente suicidar-se com auxílio médico ainda menos restarão. Todavia, para além de não estar aqui uma questão de quantidade, importa também afastar o argumento de que tais pedidos nunca serão racionais. É certo que todo o homem tem instinto de sobrevivência e que estes casos apresentam, não raras vezes, um quadro depressivo que os requisitos procedimentais devem acautelar, mas cremos ser de rejeitar como DWORKIN “que se diga em absoluto que a decisão de pôr termo à vida não é de *per si* racional”. NETO, Op. Cit., pp. 801-802.

ser a grande e derradeira prova da seriedade daquele pedido ³⁸⁶, tem também a vantagem de libertar o médico de alguma pressão psicológica dado o seu papel de “cúmplice”. O inverso, como bem sublinhou INÊS FERNANDES GODINHO, é, por melhores e dignos que sejam os motivos, impor um dever de viver em condições que o titular considera indignas ³⁸⁷.

Esse dia não chegou, e parece-nos importante ser feito o caminho da interdição para a tolerância, desta para a liberdade e, reunidos que sejam os requisitos legais, o direito a uma morte digna ³⁸⁸. Ora isso implica um aprofundamento e sedimentação das correntes que exigem uma “re-humanização” da morte, da criação de uma consciência que, por exemplo, na Holanda foi impelida por casos jurisprudenciais e na Bélgica e Luxemburgo por longas discussões nos órgãos próprios, e que, como se sabe, não tem lugar entre nós ³⁸⁹. E é também neste aspecto que se deve retirar algum ensinamento dos ordenamentos analisados. Descriminalize-se, despenalize-se, mantenha-se o *status quo*, essencial é a quebra do tabu, da discussão, esse é aliás para JOHN GRIFFITHS o grande exemplo que se deve tirar do caso holandês ³⁹⁰.

Não obstante, não deixamos de considerar ao lado de CRISTINA LÍBANO MONTEIRO que esta corrente de descriminalização da eutanásia é sintomática “de uma civilização à qual sobra técnica e falta humanidade. (...) Que afinal não sabe lidar com a dor; que não aguenta sofrer, mas sobretudo ver sofrer e ter de cuidar de quem sofre; que

³⁸⁶ Paradigmático parece ser o exemplo do Oregon. A *Oregon Death with Dignity Act* de 1994 prevê o auxílio médico ao suicídio para doentes residentes no Oregon em estado terminal (menos de seis meses de vida – Anexo 1.11.) e como evidencia WALTER OSSWALD, “O suicídio assistido no Estado do Oregon”, p. 291 em 1998, dos 24 doentes que tiveram acesso à substância letal somente 16 suicidaram-se, tendência que se tem mantido, em 2013 houve 122 prescrições e apenas 71 suicídios - Anexo 2.10. Claramente tributária deste lei entraria em vigor em 2009 a *Washington Death with Dignity Act*. Cf. LOIS SNYDER, “Etats-Unis Euthanasie, suicide assisté et droit de mourir”, p. 114 e ss. e FERREIRA DOS SANTOS, Op. Cit., p. 140 e ss. .

³⁸⁷ “O senhor tem o direito e a liberdade de ser paralítico feliz e satisfeito, protegido pelas leis do seu país e aplaudido pela máxima autoridade do seu Estado-providência como exemplo moral, mas não se esqueça que os discrepantes, aqueles que por um sentido ético ou estético não desejam agarrar-se à vida de qualquer maneira, não gozam da mesma liberdade ou direitos que o senhor. Esses discrepantes são escravos da consciência ética e moral de quem os aplaude como exemplo a seguir”, RAMÓN SAMPEDRO, “Cartas do Inferno”, Lisboa: Publicações D. Quixote, 2005, p. 165

³⁸⁸ Cf. GENEVIÈVE GIUDICELLI-DELAGE, “Approches de la vie et de la mort en Europe”, p. 514 e ss

³⁸⁹ Mas como constata ANTÓNIO BARBOSA, “Pensar a morte nos cuidados de saúde”, p. 41 e ss. devolver um sentido à morte não passa somente pelo “quadro legislativo sobre o fim da vida”, é preciso admitir que “desde há várias gerações temos afastado a morte da vida”, reintegrar os moribundos no “mundo dos vivos” e perceber que essa alienação não é apenas da responsabilidade da medicina, da ciência e da tecnologia, mas sim “o reflexo de valores da sociedade”.

³⁹⁰ GRIFFITHS, BOOD, WEYERS, Op. Cit., pp.304-305: “Other countries may not choose to go the same way as the Netherlands, but they can hardly fail to learn from the Dutch experience, if only they approach it with modesty, open-mindedness and respect”.

quer solucionar tudo já, quando há coisas que não precisam de solução, mas de cuidado”³⁹¹, mas também não concebemos entrincheirar-nos nesta compreensão sem pelo menos tentar perceber e oferecer uma resposta aos *Ramóns Sampedros* deste mundo. São tempos de autodeterminação do doente e de reequilíbrio da relação com o médico, e onde já não bastará o “não apressar nem adiar a morte” de CICYLY SAUNDERS, pede-se mais, no contexto eutanásico aquela é desejada enquanto bem, enquanto única saída.

Já se disse que o sofrimento e a morte, tal como a fome, acomodam-se mal a glosas dogmáticas acessíveis apenas aos teóricos e são problemas sem solução³⁹², da nossa parte o que esperamos é que não seja apenas o perigo da vertente escorregadia, dos abusos, que estejam presentes na discussão, é preciso lembrar que existe um pedido (se o frisamos é, não raras vezes, parecer-nos que a discussão tem como pressuposto a eutanásia involuntária) de eutanásia activa directa. É indiscutível que se pode questionar a seriedade de tal pedido e de todos os requisitos inerentes ao art.134.º, o que não se pode é esquecer que é pedida uma resposta, e que, como se esboçou na senda de INÊS FERNANDES GODINHO, de *iure constituendo* desemboca numa compreensão mais ampla da autodeterminação, sem deixar de compreender que o Direito Penal não pode ser condenado “ao risco de Cila e Caríbdis: de um direito que tem por destinatário uma «realidade» que já não existe, ou, inversamente tem como referente uma realidade utópica e meramente ficcionada”³⁹³.

Analisados que foram os ordenamentos neerlandês, belga, luxemburguês e suíço importa questionar em que medida podem eles contribuir para o caso português? Se é certo que a lei belga e a luxemburguesa são tributárias da holandesa, e mesmo olhando para a revogada lei australiana, para a lei do Québec e do Oregon, é inevitável constatar que certos requisitos serão, dada a sua essencialidade, sempre “importáveis”: v.g. a segunda opinião médica (vinculativa ou não), um sistema de controlo (*ex ante* ou *a posteriori*), parecendo-nos que a resposta foi já dada por FARIA COSTA: “estar sensibilizado para com a abertura da discussão séria e humanamente empenhada, mas também não acreditar de ânimo leve na bondade de tudo o que traga o perfume de coisa “estrangeirada”³⁹⁴ e, acrescentamos, estar sobretudo ciente das falhas e fragilidades que fomos apontando.

³⁹¹ LÍBANO MONTEIRO, Op. Cit., p. 145

³⁹² PAUL JURET, “A propos de l’euthanasie - Réflexions d’un médecin-cancérologue”, p. 417

³⁹³ MANUEL DA COSTA ANDRADE, “Direito Penal e modernas técnicas biomédicas”, p. 108

³⁹⁴ FARIA COSTA, “o fim...”, pp. 788-789.

Ora isso implica, e foi esse o *animus* que nos norteou, encarar estas descriminalizações sem cair em extremos argumentativos: nem crer que os abusos ou as falhas não existem, pois elas existem (e é fruto dessa descriminalização que muitas saíram do secretismo dos corredores dos hospitais), estando previstos sistemas de controlo para oferecer uma resposta (sistemas também discutíveis), mas também não alinhar no extremo de simplificar, de encarar tudo pela óptica da vertente escorregadia, mesmo que também nós não concebamos uma eutanásia sem um pedido consciente e vedemo-la a doentes incapazes de formulá-lo (inconscientes, doentes psiquiátricos e crianças e jovens), considerando criticável, por exemplo, a última revisão à lei belga.

Hoje não estamos ante o arrojo solitário de um país com uma idiosincrasia muito própria, três países europeus descriminalizaram sob dadas condições a eutanásia activa directa e a Suíça ao fim de décadas vê-se impelida pelo TEDH a oferecer uma resposta inequívoca. É o tempo em que falar da jurisprudência daquele sobre a ajuda à morte já não é falar só no caso Pretty. Em três anos o TEDH, pronunciou-se três vezes, e mesmo com cautelas não entrou o caminho da descriminalização, assentando o direito a escolher sobre o fim da vida e dando ampla margem aos Estados. É o tempo em que na mesma semana a *Supreme Court* do Reino Unido e o *Conseil d'État* francês pronunciaram-se, respectivamente, sobre dois auxílios ao suicídio e uma eutanásia passiva, e onde as discussões parlamentares, há muito iniciadas, ganham novo folgo ³⁹⁵.

A única certeza será, como ensina ROXIN, e com ela terminamos esta viagem (que estamos seguros de que a realidade, a curto prazo, transformará ainda mais incompleta e desactual), é que: “Uma «regulamentação satisfatória», que é o que nós, juristas, noutras esferas temos como meta, e às vezes inclusive alcançamos, aqui não é possível; pois a morte dolorosa de uma pessoa sempre permanece horrorosa. Mas é possível, mesmo assim, tentar moldar o direito de tal forma que ele, na medida do possível, dê ou ofereça ajuda, ou, pelo menos, somente tolere o mal menor” ³⁹⁶.

³⁹⁵ Àquele alto tribunal britânico chegaram os casos de Nicklinson e de Lamb que procuravam ser ajudados a suicidar-se, mais uma vez, considerou-se que cabia ao Parlamento alterar o *Suicide Act*, tendo 5 dos 9 juízes considerado que o tribunal tinha a *constitutional authority* de declarar a proibição do auxílio ao suicídio contrária ao art.8.º da CEDH. O caso francês é o já aludido caso Lambert, sendo que um dia depois da decisão do *Conseil d'État*, a 25 de Junho de 2014, foi noticiado que o tribunal de Pau, absolvera o médico Bonnemairson da prática de eutanásia activa directa (crime de envenenamento) em sete doentes gravemente doentes e em estado terminal, decisão de que o Ministério Público recorreu.

³⁹⁶ ROXIN, Op. Cit., p. 38.

BIBLIOGRAFIA

- Monografias, Artigos em Obras Colectivas e Revistas;

“Actas das Sessões da Comissão Revisora do Projecto da Parte Especial do Código Penal” in “*Boletim do Ministério da Justiça*”, Número 286, Maio de 1979, p. 32 e ss.

ADAMS, Maurice / WEYERS, Heleen, “Supervision and Control in Euthanasia Law: Going Dutch?” in “*King’s Law Journal*”, Volume 23, Número 2, Agosto de 2012, p. 121 e ss.

ADAMS, Maurice / NYS, Herman MAURICE, “Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002” in “*Medical Law Review*”, Volume 11, Número 3, Outono de 2003, p. 353 e ss.

ANDORNO, Robert / BILLER-ANDORNO / Nikola, BRAUER, Susanne, “Advance Health Care Directives: Towards a Coordinated European Policy?” in “*European Journal of Health Law*”, Volume 16, Número 3, Setembro de 2009, p. 207 e ss.

ANDRUET, Armando S., “Ley Holandesa de «terminación de la vida a petición propia», Nuestra consideración acerca de la Eutanasia” in “*Derecho y Salud*”, Volume 9, Número 2, Julho - Dezembro de 2001, p. 169 e ss.

BARBOSA, António, “Pensar a morte nos cuidados de saúde” in “*Análise Social*”, Volume XXXVIII, Número 166, 2003, p. 35 e ss.

BARQUÍN SANZ, Jesús, “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro” in “*Eutanasia y suicidio: Cuestiones dogmáticas y de política criminal*”, Granada: Editorial Comares, 2001, p. 155 e ss.

BECCARIA, Cesare, “Dos Delitos e das Penas” (tradução da edição de 1766, de José de Faria Costa), Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1998.

BECKER-SCHWARZE, Kathrin, “Legal Restrictions of Physician-Assisted Suicide” in “*European Journal of Health Law*”, Volume 12, Número 1, 2005, p. 11 e ss.

BERGHMANS, Ron / WIDDERSHOVEN, Guy, “Euthanasia in the Netherlands: Consultation and Review” in *“King’s Law Journal”*, Volume 23, Número 2, Agosto de 2012, p. 109 e ss.

BERNHEIM, Jan (Et Al.), “Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?” in *“British Medical Journal”*, Volume 336, Abril de 2008, p. 864 e ss.

BIGGS, Hazel M., “The Assisted Dying for the Terminally Ill Bill 2004: Will English Law Soon Allow Patients the Choice to Die?” in *“European Journal of Health Law”*, Volume 12, Número 1, 2005, p. 43 e ss.

BIONDI, Stefano, “Can good law make up for bad politics? The case of Eluana Englaro” in *“Medical Law Review”*, Volume 17, Número 3, Outono de 2009, p. 447 e ss.

BONDOLFI, Alberto, “Suisse – L’accompagnement à la mort” in *“L’Euthanasie – Perspectives nationales et européennes”*, Volume II, Estrasburgo: Edições do Conselho da Europa, 2004, p. 89 e ss.

BOSSHARD, Georg / ULRICH, Esther / BÄR, Walter, “748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation” in *“Swiss Medical Weekly”*, Número 21/22, 31 de Maio de 2003, p. 310 e ss.

BYK, Christian, “La Cour européenne des droits de l’homme et l’obligation de l’État à assurer une mort digne” in *“Médecine & Droit”*, Número 109, Julho-Agosto de 2011, p. 174 e ss.

----- “Suicide assisté et obligation positive de l’État” in *“Médecine & Droit”*, Número 122, Setembro-Outubro de 2013, p. 145 e ss.

BROECKAERT, Bert, “Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia” in *“European Journal of Health Law”*, Volume 8, Número 2, 2001, p. 95 e ss.

BROTELLE, Sarah, “Du droit à la fin de vie au droit de disposer de sa vie” in *“Revue Générale de Droit Médical”*, Número 20, Setembro de 2006, p. 249 e ss.

CABRAL BARRETO, Irineu “A Convenção Europeia dos Direitos do Homem -Anotada”, 4.^a edição, Coimbra: Wolters Kluwer Portugal – Coimbra Editora, 2010.

CASTANHEIRA NEVES, António, “Arguição nas provas de agregação do Doutor José Francisco de Faria Costa – Comentário crítico à lição: o Fim da Vida e o Direito Penal” in “*Digesta*”, Volume III, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p. 607 e ss.

CHACON DE ALBUQUERQUE, Roberto, “A Lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido e a Constituição Holandesa” in “*Revista Brasileira de Direito Constitucional*”, Número 8, Julho – Dezembro de 2006, p. 297 e ss.

CHESTERMAN, Simon, “Last Rights: Euthanasia, the Sanctity of Life, and the Northern Territory of Australia” in “*International and Comparative Law Quarterly*”, Volume 42, Part 2, Abril de 1998, p. 362 e ss.

COHEN, Joachim (Et Al.), “Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia” in “*Social Science & Medicine*”, Volume 75, Número 5, Setembro de 2012, p. 845 e ss.

----- “European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries” in “*Social Science & Medicine*”, Volume 63, Número 3, Agosto de 2006, p. 743 e ss.

----- “Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries” in “*International Journal of Public Health*”, Volume 59, Número 1, Fevereiro de 2014, p. 143 e ss.

COHEN-ALMAGOR, Raphael, “Belgian euthanasia law: a critical analysis” in “*Journal of Medical Ethics*”, Volume 35, Número 7, Julho de 2009, p. 436 e ss.

----- “Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement” in “*Law & Medicine*”, Volume 24, Número 3, Primavera de 2009, p. 187 e ss.

----- “First do no harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium” in “*International Journal of Law and Psychiatry*”, Volume 36, Números 5-6, Setembro - Dezembro de 2013, p. 515 e ss.

COSTA ANDRADE, Manuel da, “Comentário ao artigo 134.º” in “*Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*” (Dir. Jorge de Figueiredo Dias), Tomo I, Coimbra: Coimbra Editora, 1999, p. 56 e ss.

----- “Comentário ao artigo 135.º” in “*Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*” (Dir. Jorge de Figueiredo Dias), Tomo I, Coimbra: Coimbra Editora, 1999, p. 75 e ss.

----- “Consentimento e Acordo em Direito Penal”, Coimbra: Coimbra Editora, 1991.

----- “Direito Penal e modernas técnicas biomédicas” in “*Revista de Direito e Economia*”, Ano XII, 1986, p. 99 e ss.

COSTELOE, Kate, “Euthanasia in neonates” in “*British Medical Journal*”, Volume 334, Maio de 2007, p. 912 e ss.

DAN, Bernard / FONTEYNE, Christine / CLÉMENT DE CLÉTY, Stéphan, “Self-requested euthanasia for children in Belgium” in “*The Lancet*”, Volume 383, 22 de Fevereiro de 2014, p. 671 e ss.

DIAS PEREIRA, André, “Declarações Antecipadas de Vontade: meramente indicativas ou vinculativas?” in José de Faria Costa, Inês Fernandes Godinho, (Orgs.), “*As novas questões em torno da vida e da morte em Direito Penal – Uma perspectiva integrada*”, Coimbra: Coimbra Editora-Wolters Kluwer, 2010, p. 49 e ss.

----- “Directivas antecipadas de vontade em Portugal” in “*Julgar – Número Especial: Consentimento Informado*”, 2014, p. 287 e ss.

----- “Um Direito da Saúde para a Europa?” in “*Debater a Europa*”, Número 2/3, Janeiro-Dezembro 2010, p. 25 e ss.

DIAZ ARANDA, Enrique, “Dogmatica del Suicidio y Homicidio Consentido”, Madrid: Gráficas Arias Montano, 1995.

DUGUET, Anne-Marie, “Euthanasia and Assistance to End of Life Legislation in France” in “*European Journal of Health Law*”, Volume 8, Número 2, 2001, p. 109 e ss.

DUPUIS, Heleen M., “Euthanasia in the Netherlands: 25 years of experience” in *“Legal Medicine”*, Volume 5 - Suplemento, Março de 2003, p. 60 e ss.

ENGLERT, M., “La pratique dépenalisée de l’euthanasie en Belgique: évolution de 2002 à 2005 et interprétation des différences entre le Nord et le Sud du pays” in *“Revue Médicale de Bruxelles”*, Volume 28, Número 5, Outubro de 2007, p. 423 e ss.

ENGLERT, M. / HANSON, B. / LOSSIGNOL, D., “Deux années d’euthanasie dépenalisée en Belgique: comparaison avec les Pays-Bas. Premier bilan d’une unité de soins palliatives” in *“Revue Médicale de Bruxelles”*, Volume 26, Número 3, Maio – Junho de 2005, p. 145 e ss.

ENGLERT, Yvon, “Belgique - L’évolution du débat” in *“L’Euthanasie – Perspectives nationales et européennes”*, Volume II, Estrasburgo: Edições do Conselho da Europa, 2004, p. 15 e ss.

ERNY, Isabelle, “Les principes de la convention d’Oviedo et le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux en fin de vie : le regard du comité directeur de bioéthique du Conseil de l’Europe” in *“Médecine & Droit”*, Número 106, Janeiro-Feveireiro de 2011, p. 78 e ss.

FARIA COSTA, José de, “Em redor da noção de Acto Médico” in José de Faria Costa e Urs Kindhäuser (Coord.), *“O Sentido e o Conteúdo do Bem Jurídico Vida Humana”*, Coimbra: Coimbra Editora, 2013, p. 199 e ss.

----- “O Fim da Vida e o Direito Penal” in *“Liber Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias”*, Coimbra: Coimbra Editora, 2003, p. 759 e ss.

----- “Vida e Morte em Direito Penal (Esquisso de alguns problemas e tentativa de autonomização de um novo bem jurídico)” in *“Revista Portuguesa de Ciência Criminal”*, Ano 14, Números 1 e 2, Janeiro-Junho de 2004, p. 171 e ss.

FERNANDES GODINHO, Inês, “Autodeterminação e morte assistida na relação médico-paciente” in José de Faria Costa e Urs Kindhäuser (Coord.), *“O Sentido e o Conteúdo do Bem Jurídico Vida Humana”*, Coimbra: Coimbra Editora, 2013, p. 111 e ss.

----- “Eutanásia, Homicídio a Pedido da Vítima e os Problemas de Comparticipação em Direito Penal”, Coimbra: (s.n.), 2013.

FERRAZ GONÇALVES, “Cuidados Paliativos” in JOSÉ Henrique Silveira de Brito (Coord.), “*O Fim da Vida*”, Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa”, 2007, p. 97 e ss.

FERREIRA, Amadeu, “Homicídio Privilegiado”, 3ª Reimpressão, Coimbra: Almedina, 2000.

FERREIRA, Nuno, “A Eutanásia entre o debate jurídico e a evolução da opinião pública” in “*Lex Medicinæ*”, Ano 3, Número 6, 2006, p. 137 e ss.

FERREIRA ALVES, Jorge de Jesus, “A Convenção Europeia dos Direitos do Homem - Anotada e Protocolos Adicionais Anotados”, Porto: Legis Editora, 2008.

FERREIRA DOS SANTOS, Laura, “Ajudas-me a morrer? – A morte assistida na cultura ocidental do século XXI”, Lisboa: Sextante Editora, 2009.

FERREIRA MONTE, Mário, “Da relevância penal de aspectos onto-axiológicos-normativos na eutanásia – Análise problemática” in José de Faria Costa, Inês Fernandes Godinho, (Orgs.), “*As novas questões em torno da vida e da morte em Direito Penal – Uma perspectiva integrada*”, Coimbra: Coimbra Editora-Wolters Kluwer, 2010, p. 305 e ss.

FIGUEIREDO DIAS, Jorge de, “A «ajuda à morte»: uma consideração jurídico-penal” in “*Revista de Legislação e Jurisprudência*”, Ano 137.º, N.º 3949, Março-Abril de 2008, p. 202 e ss.

----- “Comentário ao artigo 131.º” in “*Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*” (Dir. Jorge de Figueiredo Dias), Tomo I, Coimbra: Coimbra Editora, 1999, p. 5 e ss.

----- “Direito Penal –Parte Geral”, Tomo I, 2.ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

----- “O Problema da Ortotanásia: Introdução à sua Consideração Jurídica” in “As Técnicas Modernas de Reanimação; Conceito de Morte; Aspectos Médicos, Teológicos-Morais e Jurídicos”, Porto: Editora do Minho, 1973, p. 29 e ss.

FIGUEIREDO DIAS, Jorge de / SINDE MONTEIRO, Jorge, “Responsabilidade Médica em Portugal” in “*Boletim do Ministério da Justiça*”, Número 332, Janeiro de 1984, p. 21 e ss.

FISCHER, Susanne (Et Al.), “Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians” in “*Swiss Medical Weekly*”, Números 23-24, 12 de Junho de 2009, p. 333 e ss.

FORTUNA, Ennio, “Il consenso informato e l’eutanasia nella casistica giudiziaria di Stati Uniti, Europa e Italia” in “*Rivista Italiana di Medicina Legale*”, Ano XXX, Números 4-5, Julho-Outubro de 2008, p. 991 e ss.

FRAGKOU, Roxani, “De l’ euthanasie aux soins palliatifs: la nécessité d’une réponse au-delà du strict droit positif ” in “*Médecine & Droit*”, Número 114, Maio-Junho de 2012, p. 76 e ss.

FREI, Andreas (Et Al.), “Assisted suicide as conducted by a «Right-to-Die»- society in Switzerland: A descriptive analysis of 43 consecutive cases” in “*Swiss Medical Weekly*”, Número 25-26, 30 de Junho de 2001, p. 375 e ss.

GASTMANS, Chris / LEPELEIRE, Jan de, “Living to the bitter end? A personalist approach to euthanasia in persons with severe dementia” in “*Bioethics*”, Volume 24, Número 2, Fevereiro de 2010, p. 1 e ss.

GEVERS, Sjef, “Evaluation of the Dutch Legislation on Euthanasia and Assisted Suicide” in “*European Journal of Health Law*”, Volume 14, Número 4, 2007, p. 369 e ss.

GIUDICELLI-DELAGE, Geneviève, “Approches de la vie et de la mort en Europe” in “*Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*”, Número 3, Julho -Setembro de 2008, p. 513 e ss.

GOMES CANOTILHO, J.J. / MOREIRA, Vital “Constituição da República Portuguesa Anotada”, Volume 1, , 4.^a edição revista, Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

GONZÁLES, José Alberto, “Testamento Vital e Procuração de Cuidados de Saúde”, Lisboa: Quid Juris?, 2013.

GONZÁLES RUS, Juan José, "Formas de Homicidio" in Manuel Cobo del Rosal (Coord.) “Curso de Derecho Penal Español”, Parte Especial I, Madrid: Marcial Pons, 1996.

GORDIJN, Bert / JANSSENS, Rien, “New Developments in Dutch Legislation Concerning Euthanasia and Physician-Assisted Suicide” in “*The Journal of Medicine and Philosophy*”, Volume 26, Número 3, Junho de 2001, p. 299 e ss.

GRAVEN, Jean, “Le procès de l’euthanasie” in “*Revue Pénale Suisse*”, Tomo 80, 1964, p. 9 e ss.

----- “La répression de l’homicide en droit suisse” in “*Revue de Science criminelle et de Droit pénal comparé*”, Tomo XXI, Ano 1966, p.16 e ss.

GRIFFITHS, John / WEYERS, Heleen / ADAMS, Maurice, “Euthanasia and Law in Europe”, Portland: Hart Publishing, 2008.

GRIFFITHS, John / BOOD, Alex /WEYERS, Heleen, “Euthanasia and Law in the Netherlands”, Amesterdão: Amsterdam University Press, 1998.

GRIFFITHS, John, “*Memorandum*” in “Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill Written Evidence”, Abril de 2005, disponível em <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/86we10.htm>

GROENEWOUD, Johanna H. (Et Al.) “Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands” in “*The New England Journal of Medicine*”, Volume 342, Número 8, Fevereiro de 2000, p. 551 e ss.

----- “Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands” in “*The New England Journal of Medicine*”, Volume 336, Número 25, 1997, p. 1795 e ss.

GRUBB, Andrew, “Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion” in “*European Journal of Health Law*”, Volume 8, Número 2, 2001, p. 89 e ss.

GUERRA, Maria José, “Euthanasia in Spain: The public debate after Ramon Sampedro’s case” in “*Bioethics*”, Volume 13, Número 5, 1999, p. 426 e ss.

GUILLOD, Olivier / SCHMIDT, Aline, “Assisted suicide under Swiss law” in *“European Journal of Health Law”*, Volume 12, Número 4, 2005, p. 25 e ss.

HAAN, Jurriaan de, “The New Dutch Law on Euthanasia” in *“Medical Law Review”*, Volume 10, Número 1, Primavera de 2002, p. 57 e ss.

HARMON, Shawn / SETHI, Nayha, “Preserving Life and Facilitating Death: What Role for Government after Haas v. Switzerland?” in *“European Journal of Health Law”*, Volume 18, Número 4, p. 355 e ss.

HENRIQUES GASPAR, António, “Eutanásia. Não obrigado? - Caso Pretty v. Reino Unido” in *“Sub Judice”*, n.º 22/23, 2001, p. 171 e ss.

HERTOGH, Cees, (Et Al.), “Would we rather lose our life than lose our self? Lessons from the Dutch debate on euthanasia for patients with dementia” in *“The American Journal of Bioethics”*, Volume 7, Número 4, 2007, p. 48 e ss.

HOFF, Paul, “Le désir de suicide exprimé par des patients souffrant d’une maladie psychique : un symptôme ou une décision autonome?” in *“Bulletin des médecins suisses”*, Número 23, 2012, p. 852 e ss.

HURST, Samia / MAURON, Alex, “Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians” in *“British Medical Journal”*, Volume 326, Fevereiro de 2003, p. 271 e ss.

JAKOBS, Günther, “Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal”, Valência: Tirant lo Blanch, 1999.

JANUÁRIO, Rui / FIGUEIRA, André, “O Crime de Homicídio a Pedido – Eutanásia, Direito a morrer ou dever de viver”, Lisboa: Quid Juris, 2009.

JOCHEMSEN, Henk / KEOWN, John, “La Eutanasia Voluntaria Bajo Control? Nuevas Pruebas Empíricas Desde Holanda” in *“Cuadernos de Bioética”* Volume 12, Número 44, Janeiro-Abril de 2001, p. 15 e ss.

JORDÃO, Levy Maria, *“Commentario ao Código Penal Portuguez”*, Tomo IV, Lisboa: Tipografia de José Baptista Morando, 1853.

JURET, Paul, “A propos de l’euthanasie – Réflexions d’un médecin-cancérologue” in “*Revue Internationale de Droit Pénal*”, Ano 38, Números 3-4, 3-4º trimestre de 1967, p. 415 e ss.

KERZMANN, Roland, “Pratique dépenalisée de l’euthanasie en Belgique” in “*Médecine & Droit*”, Número 106, Janeiro – Fevereiro de 2011, p. 91 e ss.

KEYSERLINGK, Edward W., “La eutanasia y ayuda al suicidio en Canadá” in José Luis Díez Ripollés, Juan Muñoz Sánchez, (Coord.), “*El Tratamiento Jurídico de la Eutanasia: Una perspectiva comparada*”, Valência: Tirant lo blanch, 1996, p. 417 e ss.

KINDHÄUSER, Urs, “Forma, contenido y posición sistemática del consentimiento en el derecho penal” in José de Faria Costa e Urs Kindhäuser (Coord.), “*O Sentido e o Conteúdo do Bem Jurídico Vida Humana*”, Coimbra: Coimbra Editora, 2013, p. 7 e ss.

KOCH, Hans Georg, “La ayuda a morir como problema legal en Alemania” in José Luis Díez Ripollés, Juan Muñoz Sánchez, (Coord.), “*El Tratamiento Jurídico de la Eutanasia: Una perspectiva comparada*”, Valência: Tirant lo blanch, 1996, p. 235 e ss.

----- “O princípio e o termo da vida como problemas do Direito (Penal) da Medicina” in “*Revista Portuguesa de Ciência Criminal*”, Ano 14, Números 1-2, Janeiro-Junho de 2004, p. 151 e ss.

LABACA ZABALA, María Lourdes, “El consentimiento informado en el ámbito de la sanidad, a proposito de la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica” in “*Saberes*”, Separata do volume 4, 2006.

LAUDE, Anne, “Le patient, nouvel acteur de santé ?” in “*Recueil Dalloz*”, Ano 183. °, Número 17, 26 de Abril de 2007, p. 1151 e ss.

LEENEN, H.J.J., “Dutch Supreme Court about Assistance Suicide in the Case of Severe Mental Suffering” in “*European Journal of Health Law*”, Volume 1, Número 4, 1994, p. 377 e ss.

----- “The Development of Euthanasia in the Netherlands” in “*European Journal of Health Law*”, Volume 8, Número 2, 2001, p. 125 e ss.

LEGROS, Bérengère, “La douleur comme fondement de l’euthanasie” in Bernard Durand, Jean-Poirier, Jean-Pierre Royer, “*La Douleur et le Droit*”, Paris : PUF, 1997, p. 389 e ss.

----- “Les enjeux de «tout encadrement» juridique de l’euthanasie ou du suicide assisté à la lumière des expériences européennes” in “*Revue Générale de Droit Médical*”, Numéro 23, Junho de 2007, p. 55 e ss.

LELEU, Yves-Henri / GENICOT, Gilles “L’Euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas – Variations sur le thème de l’autodétermination” in “*Revue trimestrielle des droits de l’homme*”, Numéro 57, Janeiro de 2004, p. 5 e ss.

LEMMENS, Trudo / BERNARD DICKENS, Bernard, “Canadian Law on Euthanasia: Contrasts and Comparisons” in “*European Journal of Health Law*”, Volume 8, Numéro 2, 2001, p. 135 e ss.

LEMYE, Roland, “Opinion of the Belgian Medical Association About the Law Referring to Euthanasia” in “*World Medical Journal*”, Volume 57, Numéro 2, Abril de 2011, p. 71 e ss.

LEVENE, Ricardo, “L’homicide-suicide” in “*Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*”, Numéro 1, Janeiro-Março de 1952, p. 79 e ss.

LEWIS, Penney / BLACK, Isra, “Adherence to the Request Criterion in Jurisdictions Where Assisted Dying Is Lawful? A Review of the Criteria and Evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland” in “*Journal of Law, Medicine & Ethics*”, Volume 41, Numéro 4, Inverno de 2013, p. 885 e ss.

LEWIS, Penney, “Euthanasia in Belgium Five Years After Legalisation” in “*European Journal of Health Law*”, Volume 16, Numéro 2, 2009, p. 125 e ss.

LÍBANO MONTEIRO, Cristina, “Sobre o problema da «eutanásia a pedido»” in “*Estudos - Revista do Centro Académico de Democracia Cristã*”, N.º6, Junho de 2006, p. 141 e ss.

LO, Bernard, “Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere?” in “*The Lancet*”, Volume 380, Setembro de 2012, p. 869 e ss.

LOPES CARDOSO, Augusto, “Eutanásia e suicídio assistido” in José de Oliveira Ascensão (Coord.), *“Estudos de Direito da Bioética”*, Volume I, Coimbra: Almedina, 2005, p. 235 e ss.

LOPES DE BRITO, António / LOPES RIJO, José, *“Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal”*, Coimbra: Almedina, 2000.

LOSSIGNOL, Dominique, “Euthanasie et techniques palliatives en fin de vie” in *“Le Journal du Réseau Cancer de l’Université Libre de Bruxelles – Dossier Euthanasie”*, Número 8, Julho-Agosto-Setembro de 2007, p. 9 e ss.

----- “Une réflexion sur l’amour, la médecine et l’euthanasie : Je connais ce que j’aime et j’aime ce que je connais, mais est-ce bien vrai ? ” in *“Revue Médicale de Bruxelles”*, Volume 31, Número 1, Fevereiro de 2010, p. 5 e ss.

LOUREIRO, João, “Saúde no fim da vida: entre o amor, o saber e o direito II – Cuidados” in *“Revista Portuguesa de Bioética”*, Número 4, Abril-Maio de 2008, p. 41 e ss.

MAC CRORIE, Benedita, “A Eutanásia e o Auxílio ao Suicídio na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia” in *“Scientia Iuridica”*, N.º 295, Janeiro-Abril de 2003, p. 447 e ss.

MANAOUIL, Cécile / GIGNON, Maxime, “Mise en œuvre de la loi sur la fin de vie” in *“Revue Générale de Droit Médical ”*, Número 20, Setembro de 2006, p. 267 e ss.

MANTOVANI, Ferrando, “El problema jurídico de la eutanasia” in *“Eutanasia y suicidio: Cuestiones dogmáticas y de política criminal”*, Granada: Editorial Comares, 2001, p. 83 e ss.

MARTIN, Jean, “Assistance au suicide et «fatigués de la vie»” in *“Bulletin des médecins suisses”*, Número 48, 2008, p. 2098 e ss.

MARTY, Dick, “Recommandation 1418 - La position du Conseil de l’Europe” in *“L’Euthanasie – Perspectives nationales et européennes”*, Volume II, Estrasburgo: Edições do Conselho da Europa, 2004, p. 133 e ss.

MAURON, Alex, “L’arrêt de la Cour européenne des droits de l’homme concernant l’assistance au suicide : implications éthiques” in “*Bulletin des médecins suisses*”, Número 31/32, 2013, p. 1175 e ss.

MCLEAN, Scheila, “Royaume-Uni - L’illégalité de l’euthanasie” in “*L’Euthanasie – Perspectives nationales et européennes*”, Volume II, Estrasburgo: Edições do Conselho da Europa, 2004, p. 99 e ss.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, “*Código Penal: Actas e Projecto da Comissão de Revisão*”, Lisboa: Rei dos Livros, 1993.

MIRANDA RODRIGUES, Anabela, “A Globalização do Direito Penal – Da pirâmide à rede ou entre a unificação e a harmonização” in “*Direito Penal Económico e Europeu: Textos Doutrinários*”, Volume III, Coimbra: Coimbra Editora, 2009, p. 81 e ss.

----- “*Anotação ao art.2.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*”, s.l., s.n., s.d.

MOCK, Hanspeter, “Euthanasie et Suicide Assisté en Suisse : Etat des lieux et perspectives” in “*Revue Trimestrielle des Droits de l’Homme*”, Número 57, Janeiro de 2004, p. 51 e ss.

MÓNICA, Maria Filomena, “*A Morte*”, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011.

MONIZ, Helena, “Eutanásia Precoce: Dúvidas e Interrogações” in José de Faria Costa, Inês Fernandes Godinho, (Orgs.), “*As novas questões em torno da vida e da morte em Direito Penal – Uma perspectiva integrada*”, Coimbra: Coimbra Editora-Wolters Kluwer, 2010, p. 343 e ss.

MONTARIOL, Delphine, “L’assistance au suicide en Suisse: Un droit controversé” in “*Médecine & Droit*”, Número 91, Julho-Agosto de 2008, p. 106 e ss.

MONTERO, Etienne, “La dimensión sociopolítica de la eutanasia”, *disponível em* <http://www.ieb-eib.org/nl/pdf/20091119-dimension-sociopolitica-de-la-eutanasia.pdf>

----- “*Legalização da eutanásia: os argumentos para o debate*”, Lisboa: DIEL, 2012.

MONTICELLI, Luca, “Eutanasia, Diritto Penale e Principio di Legalità” in *“L’Indice Penale”*, Ano I, Número 2, Maio-Agosto de 1998, p. 463 e ss.

MORA MOLINA, Juan Jesús, “Despenalización de la eutanasia en los Países Bajos. El Proyecto de Ley Korthals/Borst” in *“Derechos Y Libertades – Revista del Instituto Bartolomé de las Casas”*, Ano VII, Número 11, Janeiro-Dezembro de 2002, p. 535 e ss.

MORATTI, Sofia, “End-of-life decisions in dutch neonatology” in *“Medical Law Review”*, Volume 18, Número 4, Inverno de 2010, p. 471 e ss.

MORENO VILLARES, José Manuel / GALIANO SEGOVIA, María José, “La eutanasia en niños en Holanda: El final de un plano inclinado?” in *“Cuadernos de Bioética”*, Número 58, Volume XVI 3ª, Setembro-Dezembro de 2005, p. 345 e ss.

MOURÃO, Helena, “Eutanásia passiva e dever médico de agir ou omitir em face do exercício da autonomia ética do paciente” in *“Revista Portuguesa de Ciência Criminal”*, Ano 16, Número 1, Janeiro-Março de 2006, p. 35 e ss.

MUÑOZ CONDE, Francisco, “Prólogo” in *“Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal”*, Valência: Tirant lo Blanch, 1999, p. 7 e ss.

NARAYAN-FOURMENT, H., “L´euthanasie active : la position prudente de la Cour européenne des droits de l´Homme” in *“Médecine & Droit”*, Número 60, Maio- Junho de 2003, p. 98 e ss.

NETO, Luísa, *“O Direito Fundamental à disposição sobre o próprio corpo”*, Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

NEVES CASAL, Cláudia, *“Homicídio Privilegiado por Compaixão”*, Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

NYS, Herman, “A Presentation of the Belgian Act on Euthanasia Against the Background of Dutch Euthanasia Law” in *“European Journal of Health Law”*, Volume 10, 2003, Número 3, p. 239 e ss.

----- “Physician assisted suicide in Belgian law” in *“European Journal of Health Law”*, Volume 12, Número 1, 2005, p. 39 e ss.

OSA ESCRIBANO, Alfonso López de la, “La législation sur la fin de vie en Espagne” in “*Revue Générale de Droit Médical*”, Número 48, Setembro de 2013, p. 113 e ss.

WALTER OSSWALD, “*Da Vida à Morte: Horizontes da Bioética*”, Lisboa: Gradiva, 2014.

----- “Do Oregão aos Países Baixos: viagem à eutanásia” in “*Brotéria*”, Volume 152, Número 2, Fevereiro de 2001, p. 187 e ss.

----- “Eutanásia - ainda e sempre” in “*Brotéria*”, Volume 6, Número 167, Dezembro de 2008, p. 453 e ss.

----- “*Sobre a Morte e o Morrer*”, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.

----- “O suicídio assistido no Estado do Oregon” in “*Brotéria*”, Volume 150, Número 2, Fevereiro de 2000, p. 290 e ss.

PAREJO GUZMÁN, María José, “*La Eutanasia ¿Un Derecho?*”, Navarra: Thomson Aranzadi, 2005.

PASTOR MUÑOZ, Nuria, “Los problemas valorativos que el proceso de europeización genera en el Derecho Penal de los Estados Miembros de la Unión Europea” in José de Faria Costa, Inês Fernandes Godinho, (Orgs.), “*As novas questões em torno da vida e da morte em Direito Penal – Uma perspectiva integrada*”, Coimbra: Coimbra Editora-Wolters Kluwer, 2010, p. 231 e ss.

PEREIRA DE MELO, Helena, “O Direito a Morrer com Dignidade” in “*Lex Medicinæ*”, Ano 3, Número 6, 2006, p. 69 e ss.

PIERRAT, Myriam, “Soins et respect de la volonté de la personne en fin de vie – Rapport luxembourgeois” in “*Annales du Droit Luxembourgeois*”, Volume 19, p. 189 e ss.

PINHEIRO FARINHA, João de Deus, “*Convenção Europeia dos Direitos do Homem – Anotada*”, Lisboa: Ministério da Justiça, 1981.

PINTO FERREIRA, Luís, “O suicídio e a eutanásia” in “*Lusíada*”, Número 4, 2.º Semestre de 2011, p. 257 e ss.

POLS, Hans / OAK, Stephanie, “Physician-assisted dying and psychiatry: Recent developments in the Netherlands” in *“International Journal of Law and Psychiatry”*, 36, 2013, p. 506 e ss.

POUSSET, Geert (Et Al.), “Medical End-of-Life Decisions in Children in Flanders, Belgium: A Population-Based Postmortem Survey” in *“Pediatrics and Adolescent Medicine”*, Volume 164, Número 6, Junho de 2010, p. 547 e ss.

PROVOOST, Veerle (Et Al.), “Medical end-of-life decisions, in neonates and infants in Flanders” in *“The Lancet”*, Volume 365, 9 de Abril de 2005, p. 1315 e ss.

PULIDO ADRAGÃO, Paulo, “A eutanásia: argumentos de um debate” in *“Revista da Faculdade de Direito da Universidade do Porto”*, Ano III, 2006, p. 665 e ss.

PUPPINCK, Grégor, *“Observations en tierce intervention soumises à la deuxième section de la Cour Européenne des Droits de l’Homme dans l’affaire Alda Gross contre la Suisse, par le European Centre for Law and Justice”*, Estrasburgo: ECLJ, 2012.

QUELOZ, Nicholas, “Cuestiones éticas y legales en relación con la eutanasia en Suiza” in José Luis Díez Ripollés, Juan Muñoz Sánchez, (Coord.), *“El Tratamiento Jurídico de la Eutanasia: Una perspectiva comparada”*, Valência: Tirant lo blanch, 1996, p. 191 e ss.

QUINTELA DE BRITO, Teresa, “Crimes contra a vida: Questões preliminares” in Teresa Quintela de Brito, Paulo Saragoça da Mata, João Curado Neves, Helena Mourão, *“Direito Penal – Parte Especial: lições, estudos e casos”*, Coimbra, Coimbra Editora, 2007, p. 42 e ss.

----- “Eutanásia Activa Directa e Auxílio ao Suicídio: Não Punibilidade?” in Separata do *“Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra”*, Volume LXXX, 2004, p. 563 e ss.

RAPOSO, Mário, “Eutanásia. Alguns problemas envolvidos” in *“Brotéria”*, Volume 150, Número 2, Fevereiro de 2000, p. 267 e ss.

RAPOSO, Vera Lúcia, “Directivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida” in *“Revista do Ministério Público”*, Número 125, Janeiro-Março de 2011, p. 171 e ss.

----- “No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade) in *“Revista Portuguesa de Dano Corporal”*, Número 24, Dezembro de 2013, p. 79 e ss.

----- “O Direito à Vida na Jurisprudência de Estrasburgo” in *“Jurisprudência Constitucional”*, Número 14, Abril-Junho de 2007, p. 59 e ss.

RIETIKER, Daniel, “From Prevention to Facilitation? Suicide in the Jurisprudence of the ECtHR in the Light of the Recent Haas v. Switzerland Judgement” in *“Harvard Human Rights Journal”*, Volume 25, Número 1, 2012, p. 85 e ss.

ROMEO-CASABONA, Carlos, “Les politiques législatives concernant la fin de vie et l’euthanasie en Espagne” in *“Revue Générale de Droit Médical”*, Número 7, Abril de 2002, p. 189 e ss.

ROXIN, Claus, “A Apreciação Jurídico-Penal da Eutanásia” in *“Revista Brasileira de Ciências Criminais”*, Número 32, Ano 8, Outubro-Dezembro de 2000, p. 9 e ss.

RUIZ-CALDERÓN, José Miguel, “La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas” in *“Cuadernos de Bioética”*, Número 62, Volume 18, 2007, p. 11 e ss.

RURUP (Et Al.), Mette L., “Frequency and determinants of advance directives concerning end-of-life care in The Netherlands” in *“Social Science & Medicine”*, Volume 62, Número 6, 2006, p. 1552 e ss.

----- “The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: Description and comparison of cases” in *“Palliative Medicine”*, Volume 26, Número 1, Janeiro de 2012, p. 43 e ss.

SAINT AFFRIQUE, Diane de, “Regard sur la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie” in *“Médecine & Droit”*, Número 74-75, Setembro-Dezembro de 2005, p. 133 e ss.

SANDERSON, M. A., “Pretty V. United Kingdom” in *“American Journal of International Law”*, Vol. ° 96, N. ° 4, Outubro de 2002, p. 943 e ss.

SANZ CABBALERO, Suzana, “El comienzo y el fin de la vida humana ante el TEDH: el aborto e y la eutanasia a debate” in “*Cuadernos Europeos de Deusto*”, Número 31, 2004, p. 157 e ss.

SCALVA, Frederica, “L’attuale discussione sull’eutanasia e il suicídio assistido in Italia con particolare riferimento al caso Welby” in “*Revue Pénale Suisse*”, Tomo 126, Número 1, 2008, p. 69 e ss.

SCHAMPS, Geneviève, “La fin de vie - soins palliatifs et euthanasie – en droit belge: Situation actuelle et perspectives” in “*Revue Générale de Droit Médical*”, Número 48, Outubro de 2013, p. 123 e ss.

----- “La réglementation belge relative à la fin de vie: L’euthanasie – Les soins palliatifs” in “*Revue Générale de Droit Médical*”, Número 20, Setembro de 2006, p. 291 e ss.

SCHUMANN, Kay H., “A Reflexão Binding / Hoche” in José de Faria Costa e Urs Kindhäuser (Coord.), “*O Sentido e o Conteúdo do Bem Jurídico Vida Humana*”, Coimbra: Coimbra Editora, 2013, p. 37 e ss.

SCHUTTER, Olivier de, “L’aide au suicide devant la Cour Européenne des Droits de L’Homme” in “*Revue trimestrielle des droits de l’homme*”, Número 53, Janeiro de 2003, p. 71 e ss.

SEMINARA, Sergio, “La eutanasia en Italia” ” in José Luis Díez Ripollés, Juan Muñoz Sánchez, (Coord.), “*El Tratamiento Jurídico de la Eutanasia: Una perspectiva comparada*”, Valência: Tirant lo blanch, 1996, p. 77 e ss.

SEOANE, José Antonio, “Planificación anticipada de la atención e instrucciones previas en España” in “*Julgar - Número Especial: Consentimento Informado*”, 2014, p. 305 e ss.

SERRÃO, Daniel, “Eutanásia” in Luís Archer (Coord.), “*Novos Desafios à Bioética*”, Porto: Porto Editora, 2001, p. 249 e ss.

----- “Eutanásia - O Caso Holandês”, in José Henrique Silveira de Brito (Coord.), “*O Fim da Vida*”, Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa”, 2007, p. 121 e ss.

SHELDON, Tony, "Being «tired of life» is not grounds for euthanasia" in *"British Medical Journal"*, Volume 326, Janeiro de 2003, p. 71 e ss.

----- "Dutch approve euthanasia for a patient with Alzheimer's disease" in *"British Medical Journal"*, Volume 330, Maio de 2005, p. 1041.

SNYDER, Lois, "Etats-Unis - Euthanasie, suicide assisté et droit de mourir" in *"L'Euthanasie – Perspectives nationales et européennes"*, Volume II, Estrasburgo: Edições do Conselho da Europa, p. 111 e ss.

SOMMACCO, Valérie, "Euthanasie : peut-on reconnaître un «droit à la mort» ? " in *"Revue Générale de Droit Médical"*, Número 9, Março de 2003, p. 167 e ss.

SOUSA SANTOS, Boaventura de (Dir.), *"A Geografia da Justiça – Para um novo mapa judiciário"*, Observatório Permanente da Justiça Portuguesa, Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Agosto de 2006, disponível em http://opj.ces.uc.pt/pdf/A_Geografia_da_Justica_Relatorio.pdf

SPENCER, J. R., "Case and Comment: Assisted Suicide and the discretion to prosecute" in *"The Cambridge Law Journal"*, Volume 68, Parte 3, Novembro de 2009, p. 493 e ss.

STECK, Nicole (Et Al.), "Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study" in *"International Journal of Epidemiology"*, Volume 43, Número 2, Abril de 2014, p. 1 e ss.

STIEFEL, F. / NEUENSCHWANDER, H., "Euthanasie – La position de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs" in *"Bulletin des médecins suisses"*, Números 29/30, 2001, p. 1611 e ss.

TAK, Peter J. P., "A discussão sobre a legislação relativa à eutanásia na Holanda" in *"Revista Portuguesa de Ciência Criminal"*, Ano 4, Fascículo 1, Janeiro - Março de 1994, p. 135 e ss.

TÁVORA VITOR, Paula, "O apelo de Ulisses – o novo regime do Procurador de Cuidados de Saúde na lei Portuguesa" in *"Julgar – Número Especial: Consentimento Informado"*, 2014, p. 225 e ss.

TIEDEMANN, Marlisa / NICOL, Julia / VALIQUET, Dominique “L’Euthanasie et l’aide au suicide: Expériences internationales” in “*Études Générales de la Bibliothèque du Parlement du Canada*”, Número 67, Abril de 2011.

TOMÁS Y VALIENTE, Carmen “La regulación de la eutanasia en Holanda” in “*Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*”, Tomo L - MCMXCVII, Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia, 2000, p. 293 e ss.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Carmen, “*La Disponibilidad de la Propia Vida en el Derecho Penal*”, Madrid: Boletín Oficial de Estado/Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1999.

TOMKIN, David / HANAFIN, Patrick, “*Irish Medical Law*”, Dublin: The Round Hall Press, 1995.

VALADÃO E SILVEIRA, Maria Manuela, “*Sobre o Crime de Incitamento ou Ajuda ao Suicídio*”, 2.^a edição revista e actualizada, Lisboa: Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa, 1997.

VAN DELDEN, Johannes, “Pays-Bas – L’euthanasie comme ultime recours” in “L’Euthanasie – Perspectives nationales et européennes”, Volume II, Estrasburgo: Edições do Conselho da Europa, 2004, p. 67 e ss.

----- “Slippery slopes in flat countries - a response” in “*Journal of Medical Ethics*”, Volume 25, Número 1, 1999, p. 22 e ss.

VAN DER HEIDE, Agnes (Et Al.), “Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands” in “*The Lancet*”, Volume 350, Número 26, Julho de 1997, p. 251 e ss.

VAN DER MAAS, P. J., “Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands” in “*Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands and in Europe*”, Luxemburgo: Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1996, p. 13 e ss.

VAN KALMTHOUT, Anton, “La eutanasia, ayuda al suicidio y terminación activa de la vida sin solicitud expresa en los Países Bajos” in José Luis Díez Ripollés, Juan Muñoz

Sánchez, (Coord.), *“El Tratamiento Jurídico de la Eutanasia: Una perspectiva comparada”*, Valência: Tirant lo blanch, 1996, p. 263 e ss.

VAN WESEMAEL, Yanna (Et Al.) “Establishing specialized health services for professional consultation in euthanasia: experiences in the Netherlands and Belgium” in *“BMC Health Services Research”*, 2009, disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/220>

VAZ PATTO, Pedro, “A eutanásia em face da Constituição Portuguesa” in *“Direito e Justiça”*, Volume XVI, Tomo 2, 2002, p. 187 e ss.

----- *“No Cruzamento do Direito e da Ética”*, Coimbra: Almedina, 2008.

VEJA GUTIÉRREZ, Javier / ORTEGA, Íñigo “La «Pendiente Resbaladiza» en la Eutanasia en Holanda” in *“Cuadernos de Bioética”*, Volume 18, Número 1, Janeiro-Abril de 2007, p. 89 e ss.

VEJA GUTIÉRREZ, Javier, “La práctica de la eutanasia en Bélgica y «pendiente resbaladiza»” in *“Cuadernos de Bioética”*, Volume 18, Número 62, Janeiro-Abril de 2007, p. 72 e ss.

VERHAGEN, Eduard / SAUER, Pieter, J. J., “End-of-Life Decisions in Newborns: An Approach from the Netherlands” in *“Pediatrics”*, Volume 116, Número 3, Setembro de 2010, p. 736 e ss.

----- “The Groningen Protocol - Euthanasia in Severely ill Newborns” in *“The New England Journal of Medicine”*, 352, 10, Março de 2005, p. 959 e ss.

WASSERFALLEN, Jean-Blaise / CHIOLÉRO, René / STIEFEL, Friedrich, “Assisted suicide in an acute care hospital: 18 months ‘experience’” in *“Swiss Medical Weekly”*, Número 15-16, 19 de Abril de 2008, p. 239 e ss.

WIDDERSHOVEN, G.A.M, “Euthanasia in the Netherlands: Experiences in a Review Committee” in *“Medicine and Law”*, Volume 23, Número 3, 2004, p. 687 e ss.

ZIEGLER, Stephen / BOSSHARD, Georg, “Role of non-governmental organisations in physician assisted-suicide” in “*British Medical Journal*”, Volume 334, Fevereiro de 2007, p. 295 e ss.

- Brochuras Oficiais, Dossiers, Pareceres e Recomendações;

ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES, “*Directives et recommandations médico-éthiques de l’ASSM: Directives anticipées de 1/1/2013*”, disponível em: <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html>

----- “*Directives médico-éthiques de l’ ASSM: Prise en charge des patientes et patients en fin de vie de 25/11/2004*”, disponível em: <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Fin-de-vie.html>

----- “*Prise de position de la Commission Centrale d’Éthique de l’ASSM: Problèmes de l’assistance médicale au suicide de 20/01/2012*”, disponível em: <http://www.samw.ch/fr/Publications/Prises-de-position/actuelles.html>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, “*Estudo n.º E/10/APB/ 07: Inquérito Nacional - Eutanásia*”, disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802545881196428170estudo_e_10_apb_07_inquerito_nacional_eutanasia.pdf

----- “*Parecer P/13/APB/08: Referendo Sobre a Eutanásia*”, disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1280253605parecer_13.pdf

COMISSÃO NACIONAL DAS CIÊNCIAS DA VIDA, “*Parecer sobre Aspectos Jurídicos relacionados com o Final da Vida (11/CNECV/95)*”, disponível em: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059417_P011_FinalDaVida.pdf

----- “Posição sobre o Procedimento a adoptar em caso de Fetos Vivos resultantes de Abortamento (28/CNECV/99)”, disponível em:

http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273058884_P028_FetosVivos.pdf

COMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE DA BÉLGICA, “VI Relatório de controlo e avaliação, relativo ao biénio 2012-2013”, disponível em:

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm#.U3AD4PldXEg>

COMISSION NATIONALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DO LUXEMBURGO, “I Rapport (Anos 2009-2010)”, disponível em:

<http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/sante-fil-vie/fin-vie/premier-rapport-loi-16-mars-2009-euthanasie-suicide/index.html>

----- “II Rapport (Anos 2011-2012)”, disponível em:

<http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/sante-fil-vie/fin-vie/deuxieme-rapport-loi-16-mars-2009-euthanasie-suicide/index.html>

COMISSION NATIONALE D'ÉTHIQUE POUR LA MÉDICINE HUMAINE – NEK/CNE, “Prise de position n. ° 9/2005 : L'assistance au suicide”, disponível em:

<http://www.nek-cne.ch/fr/themes/prises-de-position/index.html>

----- “Prise de position n. ° 13/2006 : Les critères de diligence concernant l'assistance au suicide”, disponível em:

http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/fr/Sorgfaltskriterien_f_mit_Datum.pdf

----- “Prise de position n. ° 17/2011: Les directives anticipées”, disponível em:

http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/fr/NEK-CNE_Directives_Anticipées.pdf

COMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE DA HOLANDA, “Euthanasia: *The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act in practice*”, disponível em:

http://www.euthanasiemissie.nl/Images/qa-euthanasie-engels-2011_tcm52-33857.pdf

----- “Rapport 2012”, disponível em:

http://www.euthanasiemissie.nl/Images/JV.RTE2012.fransDEF2_tcm52-39102.pdf

COMITÉ DE BIOÉTICA BELGA, “*I avis concernant l’opportunité d’un règlement légal de l’euthanasie*”, disponível em :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Committees/Bioethics/Opinions/index.htm>

CONFEDERAÇÃO SUÍÇA, “*Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015*”, disponível em :

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13769/index.html?lang=fr>

LA MUTUALITÉ SOCIALISTE, “*Loi Dépénalisant l’Euthanasie*” – Novembro de 2013, disponível em: http://www.mutsoc.be/Lists/PubDocs/Brochure-euthanasie_2013.pdf

----- “*Question de Droit: La Loi Dépénalisant l’Euthanasie*” – Janeiro de 2004, disponível em: <http://www.palliabru.be/DOC/Brochure%20euthanasie%20FMSB.pdf>

MINISTÉRIO DA FAMÍLIA E DA INTEGRAÇÃO, MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL DO LUXEMBURGO, Brochura “*Guide de soins palliatifs*”, 2009, disponível em:

<http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/sante-fil-vie/fin-vie/guide-soins-palliatifs-fr-de-pt/index.html>

MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL DO LUXEMBURGO, Brochura “*L’euthanasie et l’assistance au suicide: 25 questions, 25 réponses*”, 2010, disponível em:

<http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/sante-fil-vie/fin-vie/euthanasie-assistance-suicide-25-questions-reponses-fr-pt/index.html>

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL, “Estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2011-2013), disponível em:

http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf

SENADO FRANCÊS, “Dossier Euthanasie” in “*Étude de législation comparée*”, n.º 49 - 1 de Janeiro de 1999, disponível nos Documentos de Trabalho do Senado:

http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html

----- “Dossier Euthanasie” in “*Étude de législation comparée*”, n.º102 - 17 de Julho de 2002, disponível nos Documentos de Trabalho do Senado:

<http://www.senat.fr/lc/lc109/lc1093.html>

----- “Les Droits du Malade en Fin de Vie” in “*Étude de législation comparée*”, n.º 139 - Novembro de 2004, disponível nos Documentos de Trabalho do Senado:

<http://www.senat.fr/lc/lc139/lc1390.html>

OREGON HEALTH AUTHORITY, “*Death with Dignity Act Annual Report*”, Ano 16, 28 de Janeiro de 2014, disponível em:

<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year16.pdf>

- Notícias e Crónicas mencionadas/ mobilizadas;

ALMEIDA RIBEIRO, Susana, (2012, 21 de Junho) “Tony quer morrer mas não se pode matar” in “*Público*”, disponível em: <http://www.publico.pt/mundo/noticia/tony-quer-morrer-mas-nao-se-pode-matar-1551364#0>

BANCALEIRO, Cláudia, (2014, 24 de Junho) “Conselho de Estado de França decide pela suspensão de cuidados a tetraplégico em estado vegetativo” in “*Público*”, disponível em:

<http://www.publico.pt/mundo/noticia/conselho-de-estado-de-franca-decide-pela-suspensao-de-cuidados-a-tetraplegico-em-estado-vegetativo-1660315>

----- (2013, 15 de Janeiro) “Marc e Eddy ficaram felizes quando souberam o dia da sua morte” in “*Público*”, disponível em: <http://www.publico.pt/mundo/noticia/marc-e-eddy-ficaram-felizes-quando-souberam-o-dia-da-sua-morte-1580780>

<http://www.publico.pt/mundo/noticia/marc-e-eddy-ficaram-felizes-quando-souberam-o-dia-da-sua-morte-1580780>

BEGLA, (2014, 4 de Fevereiro) “L'interné qui demande l'euthanasie devra attendre le 12 mai” in “*La Libre*”, disponível em: <http://www.lalibre.be/actu/belgique/l-interne-qui-demande-l-euthanasie-devra-attendre-le-12-mai-52f1663c3570516ba0b43fd6>

<http://www.lalibre.be/actu/belgique/l-interne-qui-demande-l-euthanasie-devra-attendre-le-12-mai-52f1663c3570516ba0b43fd6>

BRAGAGNINI, Frederico, (2012, 12 de Junho) “Première loi sur l'aide au suicide adoptée en Suisse” in “*SwissInfo*”, disponível em:

<http://www.swissinfo.ch/fre/premi%C3%A8re-loi-sur-l-aide-au-suicideadopt%C3%A9e-en-suisse/32920784#element34215894>

CABRAL, Mariana, (2013, 20 de Dezembro) “Mulher que foi impedida de se suicidar morreu de causas naturais” in “*Expresso*”, disponível em:

<http://expresso.sapo.pt/mulher-que-foi-impedida-de-se-suicidar-morreu-de-causas-naturais=f847285#ixzz3BDmaoe5B>

CAMPOS, Alexandra, (2010, 7 de Março) “Uma portuguesa pediu ajuda e foi morrer à Suíça” in “*Público*”, disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/uma-portuguesa-pediu-ajuda-e-foi-morrer-a-suica-1425916>

<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/uma-portuguesa-pediu-ajuda-e-foi-morrer-a-suica-1425916>

DUFOUR, Fred (2014, 7 de Janeiro) “Belgique: un athlète de 95 ans "fête" son euthanasie” in “*L'Express*”, disponível em: http://www.lexpress.fr/actualite/societe/belgique-un-athlete-de-95-ans-fete-son-euthanasie_1312281.html

http://www.lexpress.fr/actualite/societe/belgique-un-athlete-de-95-ans-fete-son-euthanasie_1312281.html

EURONEWS, (2012, 1 de Março) “Unidades móveis de eutanásia lançadas na Holanda” in “Euronews”, disponível em: <http://pt.euronews.com/2012/03/01/unidades-moveis-de-eutanasia-lancadas-na-holanda>

FERREIRA DOS SANTOS, Laura, (2014, 17 de Fevereiro) “A Bélgica aprova a eutanásia para menores” in “Público”, disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/a-belgica-aprova-a-eutanasia-para-menores-1623941>

----- (2014, 31 de Março) “Eutanásia para menores: os Belgas enlouqueceram?” in “Público”, disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/eutanasia-para-menores-os-belgas-enlouqueceram-1630350>

----- (2014, 22 de Abril) “A pausa no meio da tristeza” in “Público”, disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/a-pausa-no-meio-da-tristeza-1632948>

----- (2014, 21 de Maio) “Testamento vital: uma saída «limpa»” in “Público”, disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/testamento-vital-uma-saida-limpa-1636722?page=-1>

FRENCH, Maddy, (2014, 26 de Maio) “Swiss group to allow assisted dying for elderly who are not terminally ill” in “The Guardian”, disponível em: <http://www.theguardian.com/society/2014/may/26/swiss-exit-assisted-suicide-elderly-not-terminally-ill>

INSTITUT EUROPÉEN DE BIOÉTHIQUE, (2014, 20 de Junho) “François et Anne demandent à être euthanasiés ensemble” in “Bulletins”, disponível em: <http://www.ieb-eib.org/fr/bulletins/francois-et-anne-demandent-a-etre-euthanasies-ensemble-261.html#sujet748>

----- (2014, 15 de Setembro) “La Justice belge accorde l'euthanasie à un homme interné depuis 30 ans” in “Bulletins”, disponível em: <http://www.ieb-eib.org/fr/bulletins/un-prisonnier-belge-est-sur-le-point-detre-euthanasie-275.html>

LUSA, (2013, 1 de Outubro) “Belga submeteu-se a eutanásia após mudar de sexo” in “*Diário de Notícias*”, disponível em:

http://www.dn.pt/inicio/globo/interior.aspx?content_id=3453265&seccao=europa

----- (2008, 19 de Março) “Literatura: Hugo Claus «morreu por eutanásia» diz editor” in “*Jornal de Notícias*”, disponível em:

http://www.jn.pt/PaginaInicial/Interior.aspx?content_id=924726

LEGGE, James, (2013, 16 de Dezembro) “Right-to-die case: Supreme Court hears case of Tony Nicklinson's widow and Paul Lamb” in “*The Independent*”, disponível em:

<http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/righttodie-case-supreme-court-hears-case-of-tony-nicklinsons-widow-and-paul-lamb-9007789.html>

MEIRELES, Ana (2013, 6 de Maio) “Nobel da Medicina morreu com recurso à eutanásia” in “*Diário de Notícias*”, disponível em:

http://www.dn.pt/inicio/globo/interior.aspx?content_id=3203794&seccao=Europa&page=-1

MAURITTI, Miguel, (2014, 24 de Março) “Só 10% dos doentes terminais têm acesso a cuidados paliativos” in “*Jornal Médico*”, disponível em:

<http://www.jornalmedico.pt/2014/03/24/so-10-dos-doentes-terminais-tem-acesso-a-cuidados-paliativos/>

NOVAIS, Vera, “Condenado a prisão perpétua será eutanasiado por estar em sofrimento psicológico”, (2014, 16 de Setembro) in “*Observador*”, disponível em:

<http://observador.pt/2014/09/16/condenado-prisao-perpetua-sera-eutanasiado-por-estar-em-sofrimento-psicologico/>

PALMA RODRIGUES, Sofia da, (2014, 23 de Fevereiro) “Sim, vou deixar-te morrer” in “*Revista 2 - Público*”, disponível em: <http://www.publico.pt/mundo/noticia/sim-vou-deixarte-morrer-1624184>

RADIO CANADA/ LA PRESSE CANDADIENNE, (2014, 5 de Junho) “Les députés adoptent le projet de loi «Mourir dans la dignité»”, disponível em: <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/Politique/2014/06/05/002-vote-assemblee-nationale-projet-loi-mourir-dignite.shtml>

RAPOSO, Henrique, (2013, 30 de Novembro) “Eutanásia para crianças” in “*Expresso*”, disponível em: <http://expresso.sapo.pt/eutanasia-para-criancas=f843673>

RIBEIRO, Daniel (2014, 25 de Junho) “França a caminho da legalização da eutanásia” in “*Expresso*”, disponível em: <http://expresso.sapo.pt/franca-a-caminho-da-legalizacao-da-eutanasia=f877714>

----- (2013, 17 de Dezembro) “Hollande pode autorizar suicídio assistido em 2014” in “*Expresso*”, disponível em: <http://expresso.sapo.pt/hollande-pode-autorizar-suicidio-assistido-em-2014=f846623>

SANCHES, Andreia (2014, 23 de Agosto) “Duplicaram os estrangeiros que foram à Suíça para morrer, três eram portugueses” in “*Público*”, disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/duplicaram-os-estrangeiros-que-foram-a-suica-para-morrer-tres-eram-portugueses-1667317#/1>

SIZA, Rita, (2014, 14 de Fevereiro) “Conselho de Estado da França decide sobre vida ou morte de tetraplégico em estado vegetativo crónico” in “*Público*”, disponível em: <http://www.publico.pt/mundo/noticia/conselho-de-estado-de-franca-decide-sobre-vida-ou-morte-de-tetraplegico-em-estado-vegetativo-cronico-1623591>

Todos os endereços electrónicos indicados foram consultados e apresentavam-se disponíveis a 16 de Setembro de 2014.

ANEXOS

ANEXO I
LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA

Anexo 1.2.

HOLANDA

Código Penal – Wetboek van Strafrecht

Art. 287.º - A person who intentionally takes the life of another is guilty of manslaughter and liable to a term of imprisonment of not more than fifteen years or a fine of the fifth category.

Art. 289.º - A person who intentionally and with premeditation takes the life of another person is guilty of murder and liable to life imprisonment or a term of imprisonment of not more than twenty years or a fine of the fifth category. (Até 45 000€)

Anexo 1.3

BÉLGICA

Código Penal

Art.71. ° - Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était atteint au moment des faits d'un trouble mental qui a aboli ou altéré gravement sa capacité de discernement ou le contrôle de ses actes ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Art. 393. ° - L'homicide commis avec intention de donner la mort est qualifié meurtre. Il sera puni (de la réclusion de vingt ans à trente ans).

Art.394. ° - “ Le meurtre commis avec préméditation est qualifié assassinat. Il sera puni (de la réclusion à perpétuité).

Art.397.° - Est qualifié empoisonnement le meurtre commis par le moyen de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées. Il sera puni (de la réclusion à perpétuité).

Art. 422bis. ° - Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à (un an) et d'une amende de cinquante à cinq cents [euros] ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques.

Art. 422ter.° - Sera puni des peines prévues à l'article précédent celui qui, le pouvant sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui, refuse ou néglige de porter à une personne en péril le secours dont il est légalement requis; celui qui le pouvant, refuse ou néglige de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont il aura été requis dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités,

ainsi que dans les cas de brigandages, pillages, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire.

Código de Deontologia Médica

Art. 95. ° - Dans le prolongement de l'article 33, le médecin traitant informe le patient en temps opportun de sa vie finissante et du soutien qui peut lui être apporté. Dans ce cadre, le médecin tient compte de la situation clinique du patient, de sa capacité à supporter l'information, de ses convictions philosophiques et religieuses ainsi que de l'étendue de l'information que celui-ci souhaite.

Lors de toute demande à propos de la fin de vie, le médecin explique les initiatives qui peuvent être prises, telles que la désignation d'un mandataire, la consignation du refus de consentement à une intervention déterminée et la rédaction d'une déclaration anticipée concernant l'euthanasie.

Le médecin attire l'attention de son patient sur le fait que celui-ci a toujours droit aux soins palliatifs.

Le médecin informe le patient, en temps opportun et de manière claire, du soutien médical qu'il est disposé à lui apporter lors de la vie finissante. Le patient doit avoir le temps nécessaire pour recueillir un deuxième avis médical.

Le médecin traitant et le patient s'accordent sur les personnes à informer et sur l'information à leur fournir.

Anexo 1.4.

LUXEMBURGO

Código Penal

Art.397.º - Est qualifié empoisonnement le meurtre commis par le moyen de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées. Il sera puni de la réclusion à vie.

Art. 397-1. 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 l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Lei de 28 de Agosto de 1998 sobre os Estabelecimentos Hospitalares

Art. 40. º - Lors de son admission à l'hôpital ou à l'établissement hospitalier spécialisé, ainsi que pendant son séjour hospitalier le patient a, en vue de son consentement éclairé, droit à une information adéquate sur son état de santé ainsi que sur les traitements proposés.

Il incombe au médecin traitant d'en informer le patient. Ces informations peuvent être complétées par les autres prestataires de soins dans le respect des règles déontologiques applicables.

Le patient a le droit de refuser ou d'accepter toute intervention diagnostique ou thérapeutique, sans préjudice des dispositions de l'article 7, alinéas 2 et 3, de la loi du 10 août 1992 relatif à la protection de la jeunesse.

En tout état de cause il a droit à une prise en charge visant à soulager sa douleur et sa souffrance.

Código de Deontologia Médica

Art.44.º - Hormis les cas d'urgence, de refus du patient d'être informé ou d'impossibilité d'informer, le médecin doit au patient une information loyale, formulée dans un langage clair et adapté à ses capacités de compréhension et d'assimilation.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches ou la personne de confiance désignée doivent être prévenus ou informés, dans la mesure du possible, à moins que le médecin n'ait eu connaissance que le patient s'y soit préalablement opposé.

Art.51.º - En dehors du cadre de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide il est interdit au médecin de provoquer délibérément la mort d'un malade ou de l'aider à se suicider.

Le médecin ne peut pas être obligé de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.

Le médecin qui refuse de donner suite à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide doit communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier, par la personne de confiance ou par le tuteur.

Anexo 1.5.

SUIÇA

Código Penal

Art. 48.º - Le juge atténue la peine:

a. si l'auteur a agi:

1. en cédant à un mobile honorable;
2. dans une détresse profonde;
3. sous l'effet d'une menace grave;
4. sous l'ascendant d'une personne à laquelle il devait obéissance ou de laquelle il dépendait;

b. si l'auteur a été induit en tentation grave par la conduite de la victime;

c. si l'auteur a agi en proie à une émotion violente que les circonstances rendaient excusable ou s'il a agi dans un état de profond désarroi;

d. si l'auteur a manifesté par des actes un repentir sincère, notamment s'il a réparé le dommage autant qu'on pouvait l'attendre de lui;

e. si l'intérêt à punir a sensiblement diminué en raison du temps écoulé depuis

Art. 111.º - Celui qui aura intentionnellement tué une personne sera puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au moins, en tant que les conditions prévues aux articles suivants ne seront pas réalisées.

Art. 112.º - Si le délinquant a tué avec une absence particulière de scrupules, notamment si son mobile, son but ou sa façon d'agir est particulièrement odieux, il sera puni d'une peine privative de liberté à vie ou d'une peine privative de liberté de dix ans au moins.

Art. 113. ° - Si le délinquant a tué alors qu'il était en proie à une émotion violente que les circonstances rendaient excusable, ou qu'il était au moment de l'acte dans un état de profond désarroi, il sera puni d'une peine privative de liberté d'un à dix ans.

Art. 114. ° - Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Art. 115. ° - Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Art. 117. ° - Celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire

Art. 128. ° - Celui qui n'aura pas prêté secours à une personne qu'il a blessée ou à une personne en danger de mort imminent, alors que l'on pouvait raisonnablement l'exiger de lui, étant donné les circonstances celui qui aura empêché un tiers de prêter secours ou l'aura entravé dans l'accomplissement de ce devoir, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Constituição da Confederação Helvética

Art. 10. ° - Droit à la vie et liberté personnelle

1. Tout être humain a droit à la vie. La peine de mort est interdite.
2. Tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement.
3. La torture et tout autre traitement ou peine cruels, inhumains ou dégradants sont interdits.

Código Civil

Art. 16 .º - Toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi.

Art. 370. º

A. Principe

1. Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement.
2. Elle peut également désigner une personne physique qui sera appelée à s'entretenir avec le médecin sur les soins médicaux à lui administrer et à décider en son nom au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut donner des instructions à cette personne.
3. Elle peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où la personne désignée déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait.

Art. 371. º

B. Constitution et révocation

1. Les directives anticipées sont constituées en la forme écrite; elles doivent être datées et signées par leur auteur.
2. L'auteur de directives anticipées peut faire inscrire la constitution et le lieu du dépôt des directives sur sa carte d'assuré. Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment en matière d'accès aux données.
3. La disposition régissant la révocation du mandat pour cause d'inaptitude s'applique par analogie aux directives anticipées.

Art. 372. º

C. Survenance de l'incapacité de discernement

1. Lorsqu'un médecin traite un patient incapable de discernement et qu'il ignore si celui-ci a rédigé des directives anticipées, il s'informe de leur existence en consultant la carte d'assuré du patient. Les cas d'urgence sont réservés.

2. Le médecin respecte les directives anticipées du patient, sauf si elles violent des dispositions légales, ou si des doutes sérieux laissent supposer qu'elles ne sont pas l'expression de sa libre volonté ou qu'elles ne correspondent pas à sa volonté présumée dans la situation donnée.

3. Le cas échéant, le médecin consigne dans le dossier médical du patient les motifs pour lesquels il n'a pas respecté les directives anticipées.

Art. 373. °

D. Intervention de l'autorité de protection de l'adulte

1. Tout proche du patient peut en appeler par écrit à l'autorité de protection de l'adulte lorsque:

1. les directives anticipées du patient ne sont pas respectées;

2. les intérêts du patient sont compromis ou risquent de l'être;

3. les directives anticipées ne sont pas l'expression de la libre volonté du patient.

2. La disposition régissant l'intervention de l'autorité de protection de l'adulte dans le cadre du mandat pour cause d'inaptitude s'applique par analogie aux directives anticipées.

Anexo 1.6.

REINO UNIDO

Suicide Act de 1961

1. Suicide to cease to be a crime.

The rule of law whereby it is a crime for a person to commit suicide is hereby abrogated.

2. Criminal liability for complicity in another's suicide.

(1) A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.

(2) If on the trial of an indictment for murder or manslaughter it is proved that the accused aided, abetted, counselled or procured the suicide of the person in question, the jury may find him guilty of that offence.

(3) The enactments mentioned in the first column of the First Schedule to this Act shall have effect subject to the amendments provided for in the second column (which preserve in relation to offences under this section the previous operation of those enactments in relation to murder or manslaughter).

(4) No proceedings shall be instituted for an offence under this section except by or with the consent of the Director of Public Prosecutions.

Anexo 1.7.

ITÁLIA

Código Penal

Art.575.º - Omicidio

Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno.

Art. 579.º - Omicidio del consenziente

Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61.

Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

- 1) contro una persona minore degli anni diciotto;
- 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizione di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.

Art. 580.º - Istigazione o aiuto al suicidio

Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.

Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.

Anexo 1.8.

FRANÇA

Código da Saúde Pública

Art. L1110-5. °

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Art. L1111-4. °

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au

préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Art. L1111-10. °

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Art. L1111-13. °

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Art. R4127-37. °

I.-En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à

entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

II.-Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale :

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

III.-Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110-5 et des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.

Código Penal

Art. 221-1. °

Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Art. 221-3. °

Le meurtre commis avec préméditation ou guet-apens constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article. Toutefois, lorsque la victime est un mineur de quinze ans et que l'assassinat est précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou lorsque l'assassinat a été commis sur un magistrat, un fonctionnaire de la police nationale, un militaire de la gendarmerie, un membre du personnel de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, à l'occasion de l'exercice ou en raison de ses fonctions, la cour d'assises peut, par décision spéciale, soit porter la période de sûreté jusqu'à trente ans, soit, si elle prononce la réclusion criminelle à perpétuité, décider qu'aucune des mesures énumérées à l'article 132-23 ne pourra être accordée au condamné ; en cas de commutation de la peine, et sauf si le décret de grâce en dispose autrement, la période de sûreté est alors égale à la durée de la peine résultant de la mesure de grâce.

Art. 221-4. °

Le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

3° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 271-1 du code de la sécurité intérieure, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;

6° A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

7° A raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;

8° Par plusieurs personnes agissant en bande organisée ;

9° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

10° Contre une personne en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article. Toutefois, lorsque la victime est un mineur de quinze ans et que le meurtre est précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou lorsque le meurtre a été commis en bande organisée sur un magistrat, un fonctionnaire de la police nationale, un militaire de la gendarmerie, un membre du personnel de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, à l'occasion de l'exercice ou en raison de ses fonctions, la cour d'assises peut, par décision spéciale, soit porter la période de sûreté jusqu'à trente ans, soit, si elle prononce la réclusion criminelle à perpétuité, décider qu'aucune des mesures énumérées à l'article 132-23 ne pourra être accordée au condamné ; en cas de commutation de la peine, et sauf si le décret de grâce en dispose autrement, la période de sûreté est alors égale à la durée de la peine résultant de la mesure de grâce.

Art. 221-5. °

Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement.

L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis dans l'une des circonstances prévues aux articles 221-2, 221-3 et 221-4.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Art. 223-13. °

Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.

Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de quinze ans.

Les personnes physiques ou morales coupables du délit prévu à la présente section encourent également la peine complémentaire suivante : interdiction de l'activité de prestataire de formation professionnelle continue au sens de l'article L. 6313-1 du code du travail pour une durée de cinq ans.

Anexo 1.9.

ESPAÑA

Código Penal

Art. 143. °

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

ANEXO II
QUADROS ESTATÍSTICOS

HOLANDA

Anexo 2.1

Tabla 1. Estimación del número de muertes en relación con el suicidio asistido y la eutanasia en Holanda en los años 1990, 1995 y 2001²⁰

Tipo de muerte	1990	1995	2001
Total de casos de fallecimientos en Holanda (100%)*	128.824	135.675	140.377
Eutanasia activa voluntaria	2.300	3.200	3.700
Suicidio médicamente asistido	400	400	300
Eutanasia activa no voluntaria/involuntaria**	1.000	900	1.000
Decisiones de no tratamiento con posible acortamiento de la vida, — de los cuales, con la intención de acortar la vida	23.100 6.900	27.400 11.200	28.400 18.200
Alivio de dolor con posible acortamiento de la vida, — de los cuales, con la intención de acortar la vida — con conocimiento del paciente — sin conocimiento del paciente	24.200 4.800 2.600 2.200	25.900 3.900 2.700 1.200	28.200 2.800 n.d. n.d.
Aplicación de la sedación terminal***, — a los cuales, se retira la hidratación y nutrición	n.d. n.d.	n.d. n.d.	8.400 5.500
Eutanasia neonatal	n.d.	95	100
Suicidio médicamente asistido de pacientes psiquiátricos	n.d.	2-5	n.d.
Total de muertes intencionales en el contexto médico****	15.400	19.700	31.600

* Único dato no estimado en esta tabla.

** La Comisión holandesa lo denomina «terminación de la vida sin petición».

*** Este concepto de «sedación terminal» se introdujo en el estudio de 2001, y en la mayoría de los casos la finalidad de la sedación fue acelerar la muerte.

**** $15.400 = 2.300 + 400 + 1.000 + 6.900 + 4.800$

$9.700 = 3.200 + 400 + 900 + 11.200 + 3.900 + 95 + 5$

$31.600 = 3.700 + 300 + 1.000 + 18.200 + 2.800 + 100 + 5.500$

n.d.: datos no disponibles

In JAVIER VEJA GUTIÉRREZ, Javier / ÍÑIGO ORTEGA, “La «Pendiente Resbaladiza» en la Eutanasia en Holanda” in “Cuadernos de Bioética”, Vol. 18, N.º 1, Janeiro-Abril de 2007, p.95.

Anexo 2.2.

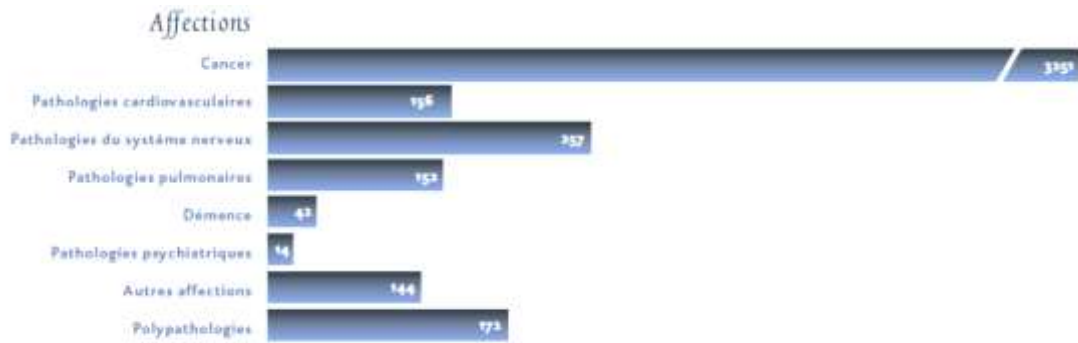
Données chiffrées pour 2012, 2011, 2010, 2009 et 2008



Médecins signaleurs



Dans 3 777 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 171 cas, un spécialiste hospitalier, dans 166 cas, un gériatre, dans 21 cas un spécialiste en formation et dans 53 cas un autre type de médecin (par exemple ayant une formation en médecine de base, n'exerçant pas ou exerçant dans un établissement de soins palliatifs).



In COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE, "Rapport 2012", p.33.

Anexo 2.3

Table 1. Causes of death for babies under 1 year in 1995, 2001, and 2005 (percentages of all deaths)

	1995	2001	2005
No end-of-life decision	38	33	41
Abstention and			
No drug ^a administered	26	26	27
Intensification of pain relief	23	29	20
Drug ^a administered with express intention to hasten death	8	8	8
No abstention and			
Intensification of pain relief	4	3	3
Drug ^a administered with express intention to hasten death	1	1	1
Total	100 (n = 1041) ^b	100 (n = 1088) ^b	100 (n = 834) ^b

^aDrug^a includes analgesics.

^bEstimates. Sample totals 299, 233, and 122, respectively, based on deaths August–November.

In SOFIA MORATTI, "End-of-life decisions in dutch neonatology" in "Medical Law Review", Vol.18, N.º 4, Inverno de 2010, p. 490.

BÉLGICA

Anexo 2.4.

RÉCAPITULATIF GÉNÉRAL 2012-2013

Nombre de déclarations

	2012	2013	Total	%
total	1432	1807	3239	100 %
néerlandais/français	1156/276	1454/353	2610/629	80/20

Demande actuelle ou déclaration anticipée

	2012	2013	Total	%
consciente	1387	1783	3170	98
anticipée	45	24	69	2

Sexe des patient(e)s

	2012	2013	Total	%
masculin	735	939	1674	52
féminin	697	868	1565	48

Age des patient(e)s

	2012	2013	Total	%
<20	-	-	-	-
20-29	4	10	14	-
30-39	21	25	46	1
40-49	73	67	140	4
50-59	181	196	377	12
60-69	313	367	680	21
70-79	381	510	891	28
80-89	368	485	853	26
90-99	91	147	238	7

Lieu du décès

	2012	2013	Total	%
hôpital	650	770	1420	44
domicile	607	800	1407	43
maison de repos et/ou de soins	149	218	367	11
autre	26	19	45	1

Échéance prévisible du décès

	2012	2013	Total	%
brève	1265	1541	2806	87
non brève	167	266	433	13

Diagnostics

	2012	2013	Total	%
cancers	1114	1242	2356	73
affections neuromusculaires évolutives	70	114	184	6
affections neuromusculaires non évolutives	11	7	18	-
affections pulmonaires non cancéreuses	42	70	112	3
affections cardio-vasculaires	70	107	177	5
affections rénales	11	12	23	-
affections digestives non cancéreuses	7	11	18	-
sida	1	1	2	-
affections neuropsychiques	53	67	120	4
pathologies multiples	57	109	166	5
autres	56	67	123	4

1er consultant

	2012	2013	Total	%
formé en soins palliative	198	198	396	12
généraliste	718	947	1665	51
spécialiste	516	662	1178	36

2ème consultant (décès non à brève échéance)

	2012	2013	Total	%
psychiatre	124	183	307	71
spécialiste	43	83	126	29

Autres médecins non obligatoires consultés

	2012	2013	Total	%
	474	573	1047	-

Equipes palliatives consultées

	2012	2013	Total	%
	573	710	1283	-

Souffrances physiques mentionnées

	2012	2013	Total	%
	1322	1739	3061	-

(cachexie, douleurs, dyspnée, dysphagie, épuisement hémorragies, obstruction digestive, paralysies, plaies, transfusions répétées, etc...)

Rem. : plusieurs types de souffrance sont souvent mentionnés dans une même déclaration

Souffrances psychiques mentionnées

	2012	2013	Total	%
	1035	1304	2339	-

(dépendance, désespérance, perte de dignité, etc...)

Rem. : plusieurs types de souffrances physiques et psychiques sont souvent mentionnés dans une même déclaration

Technique et produits utilisés

	2012	2013	Total	%
barbiturique per os seul	5	6	11	-
idem + paralysant neuromusculaire	3	12	15	-
thiopental ou similaires IV (seul ou suivi d'un paralysant n-musc)	1417	1783	3200	99
autre ou mal précisé	7	6	13	-

Diagnostics des décès non prévus à brève échéance

	2012	2013	Total	%
cancers	10	20	30	7
affections neuromusculaires évolutives	18	35	53	12
affections neuromusculaires non évolutives	8	7	15	3
affections pulmonaires non cancéreuses	5	6	11	3
affections cardio-vasculaires	21	32	53	12
affections rénales	-	-	-	-
affections digestives non cancéreuses	3	1	4	1
sida	1	-	1	-
affections neuropsychiques	41	60	101	23
pathologies multiples	35	64	99	23
autres	25	41	66	15

Décisions de la commission

	2012	2013	Total	%
acceptation simple	1246	1549	2795	86
ouverture de A pour simple remarque	22	26	48	2
ouverture de A pour précisions	164	232	396	12
transmission à la justice	-	-	-	-

Remarques :

Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques.

La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes.

Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine I.V. est fréquente.

La qualification des médecins indiqués comme « LEIF » ou « EOL » est notée « généraliste » si une autre mention n'est pas explicitement signalée. Les médecins hospitaliers en formation sont notés comme spécialistes.

Lorsque l'euthanasie a été pratiquée chez un patient irréversiblement inconscient sur la base d'une déclaration anticipée, l'échéance du décès, si elle était indéterminée, a été classée brève.

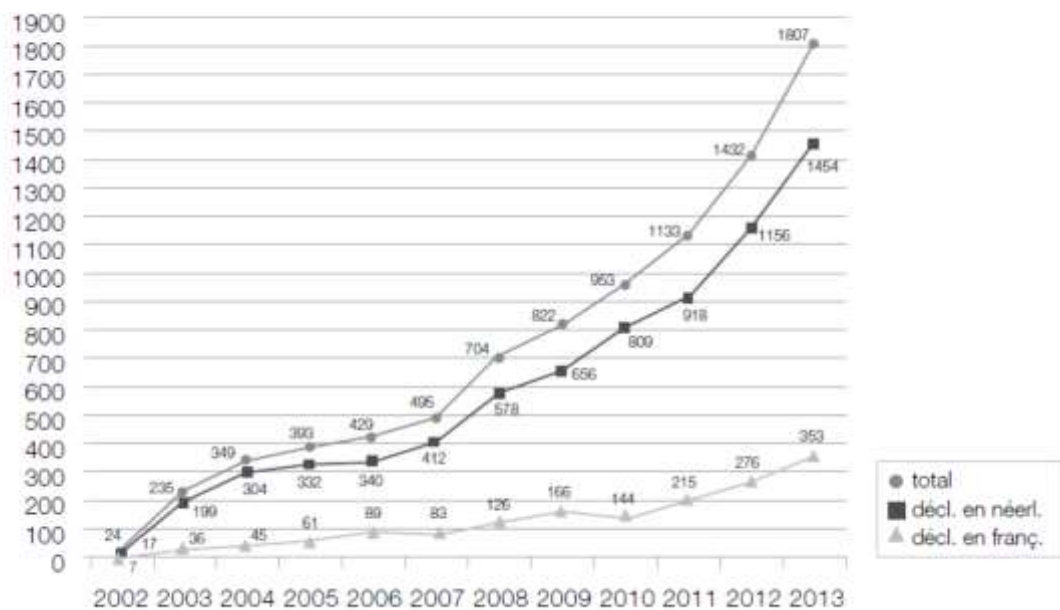
Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause.

Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100.

In COMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, VI Relatório de controlo e avaliação, relativo ao biênio 2012-2013, pp. 7-10.

Anexo 2.5.

Evolution du nombre annuel d'euthanasies légales



In COMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, VI Relatório de controlo e avaliação, relativo ao biênio 2012-2013, p. 14.

LUXEMBURGO

Anexo 2.6.

I Rapport (2009-2010)

DECLARATIONS D'EUTHANASIE

Tableau 1 : Nombre de déclarations

	2 ^e trim 09	3 ^e trim 09	4 ^e trim 09	1 ^{er} trim 10	2 ^e trim 10	3 ^e trim 10	4 ^e trim 10
Nbre.	-	-	1	2	1	-	1

Tableau 2 : Euthanasie sur demande ou sur dispositions de fin de vie

	2 ^e trim 09	3 ^e trim 09	4 ^e trim 09	1 ^{er} trim 10	2 ^e trim 10	3 ^e trim 10	4 ^e trim 10
Demandes d'euthanasie	-	-	1	2	1	-	1
Dispositions de fin de vie	-	-	-	-	-	-	-

Tableau 3 : Sexe des patients

	2 ^e trim 09	3 ^e trim 09	4 ^e trim 09	1 ^{er} trim 10	2 ^e trim 10	3 ^e trim 10	4 ^e trim 10
Masculin	-	-	-	1	-	-	1
Féminin	-	-	1	1	1	-	-

Tableau 4 : Âge des patients

Âge (ans)	2 ^e trim 09	3 ^e trim 09	4 ^e trim 09	1 ^{er} trim 10	2 ^e trim 10	3 ^e trim 10	4 ^e trim 10
<20	-	-	-	-	-	-	-
20-39	-	-	-	-	-	-	-
40-59	-	-	-	-	-	-	-
60-79	-	-	1	1	1	-	-
≥80	-	-	-	1	-	-	1

Tableau 5 : Lieu du décès

	2 ^e trim 09	3 ^e trim 09	4 ^e trim 09	1 ^{er} trim 10	2 ^e trim 10	3 ^e trim 10	4 ^e trim 10
Domicile	-	-	-	1	-	-	1
Hôpital	-	-	1	1	1	-	-
Centre intégré/Maison de soins	-	-	-	-	-	-	-
Autre	-	-	-	-	-	-	-

Tableau 6 : Diagnostic

	2 ^e trim 09	3 ^e trim 09	4 ^e trim 09	1 ^{er} trim 10	2 ^e trim 10	3 ^e trim 10	4 ^e trim 10
Cancers	-	-	1	2	1	-	1
Autres	-	-	-	-	-	-	-

Tableau 7 : Qualification du médecin obligatoirement consulté

	2 ^e trim 09	3 ^e trim 09	4 ^e trim 09	1 ^{er} trim 10	2 ^e trim 10	3 ^e trim 10	4 ^e trim 10
Généraliste	-	-	-	-	-	-	1
Spécialiste	-	-	1	2	1	-	-
Non précisé	-	-	-	-	-	-	-

Tableau 9 : Décisions de la Commission

	2 ^e trim 09	3 ^e trim 09	4 ^e trim 09	1 ^{er} trim 10	2 ^e trim 10	3 ^e trim 10	4 ^e trim 10
Acceptation simple après étude du volet II	-	-	1	2	1	-	1
Acceptation avec ouverture du volet I pour remarques au médecin ne nécessitant pas de réponse	-	-	-	-	-	-	-
Acceptation avec ouverture du volet I et réception de précisions demandées	-	-	-	-	-	-	-
Transmission au Collège Médical	-	-	-	-	-	-	-
Transmission au Parquet	-	-	-	-	-	-	-

DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

Tableau 1 : Nombre de déclarants et date de l'enregistrement des déclarations

	2 ^e trim 09	3 ^e trim 09	4 ^e trim 09	1 ^{er} trim 10	2 ^e trim 10	3 ^e trim 10	4 ^e trim 10	TOTAL
Nbre	2	10	87	261	137	102	82	681

Tableau 2 : Sexe des déclarants

Sexe des déclarants	
Masculin	285
Féminin	396
Total	681

Tableau 3 : Année de naissance des déclarants

Année de naissance	< 1910	1911-1920	1921-1930	1931-1940	1941-1950	1951-1960	1961-1970	1971-1980	> 1980
Nbre	1	7	133	179	195	112	35	13	6

Total : 681

In COMMISSION NATIONALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DU LUXEMBURGO, *Premier Rapport*, pp. 4-9.

Anexo 2.7.

II Rapport (2011-2012)

DECLARATIONS D'EUTHANASIE

Tableau 1 : Date des déclarations

	1 ^{er} trim 11	2 ^e trim 11	3 ^e trim 11	4 ^e trim 11	1 ^{er} trim 12	2 ^e trim 12	3 ^e trim 12	4 ^e trim 12
	2	-	2	1	1	4	1	3

Total : 14

Tableau 2 : Euthanasie sur demande ou sur dispositions de fin de vie

	1 ^{er} trim 11	2 ^e trim 11	3 ^e trim 11	4 ^e trim 11	1 ^{er} trim 12	2 ^e trim 12	3 ^e trim 12	4 ^e trim 12
Demandes d'euthanasie.	2	-	2	1	1	3	1	3
Dispositions de fin de vie	-	-	-	-	-	1	-	-

Total : 14

Tableau 3 : Sexe des patients

	1 ^{er} trim 11	2 ^e trim 11	3 ^e trim 11	4 ^e trim 11	1 ^{er} trim 12	2 ^e trim 12	3 ^e trim 12	4 ^e trim 12
Masculin	2	-	1	1	-	1	-	2
Féminin	-	-	1	-	1	3	1	1

Total : 14

Tableau 4 : Âge des patients

Âge (ans)	1 ^{er} trim 11	2 ^e trim 11	3 ^e trim 11	4 ^e trim 11	1 ^{er} trim 12	2 ^e trim 12	3 ^e trim 12	4 ^e trim 12
<20	-	-	-	-	-	-	-	-
20-39	-	-	-	-	-	-	-	-
40-59	-	-	-	-	-	-	-	1
60-79	1	-	2	1	-	3	-	2
>ou=80	1	-	-	-	1	1	1	-

Total : 14

Tableau 5 : Lieu du décès

	1 ^{er} trim 11	2 ^e trim 11	3 ^e trim 11	4 ^e trim 11	1 ^{er} trim 12	2 ^e trim 12	3 ^e trim 12	4 ^e trim 12
Domicile	2	-	-	-	-	1	-	-
Hôpital	-	-	2	1	1	2	-	2
Centre intégré/Maison de soins	-	-	-	-	-	1	1	1
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-

Total : 14

Tableau 6 : Diagnostic

	1 ^{er} trim 11	2 ^e trim 11	3 ^e trim 11	4 ^e trim 11	1 ^{er} trim 12	2 ^e trim 12	3 ^e trim 12	4 ^e trim 12
Cancers	1	-	2	1	1	3	-	3
Maladies neuro-dégénératives	1	-	-	-	-	1	1	-
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-

Total : 14

Tableau 7 : Qualification du médecin obligatoirement consulté

	1 ^{er} trim 11	2 ^e trim 11	3 ^e trim 11	4 ^e trim 11	1 ^{er} trim 12	2 ^e trim 12	3 ^e trim 12	4 ^e trim 12
Généraliste	2	-	-	-	-	2	1	-
Spécialiste	-	-	2	1	1	2	-	3
Non précisé	-	-	-	-	-	-	-	-

Total : 14

Tableau 9 : Décisions de la Commission

	1 ^{er} trim 11	2 ^e trim 11	3 ^e trim 11	4 ^e trim 11	1 ^{er} trim 12	2 ^e trim 12	3 ^e trim 12	4 ^e trim 12
Acceptation simple après étude du volet II	2	-	2	1	1	4	1	3
Acceptation avec ouverture du volet I pour remarques au médecin ne nécessitant pas de réponse	-	-	-	-	-	-	-	-
Acceptation avec ouverture du volet I et réception de précisions demandées	-	-	-	-	-	-	-	-
Transmission au Collège Médical	-	-	-	-	-	-	-	-
Transmission au Parquet	-	-	-	-	-	-	-	-

Total : 14

DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

Tableau 1 : Total des enregistrements de dispositions de l'entrée en vigueur de la loi jusqu'au 31 décembre 2012

TOTAL
1249

Tableau 2 : Répartition par sexe et date d'entrée des dispositions

Sexe	1 ^{er} juillet 2009 – 31 décembre 2010	1 ^{er} janvier 2011 – 31 décembre 2012	Totaux
Masculin	285	222	507
Féminin	396	346	742
Total	681	568	1249

Tableaux 3 et 4 : Année de naissance des déclarants

Année de naissance	< 1910	1911-1920	1921-1930	1931-1940	1941-1950	1951-1960	1961-1970	1971-1980	> 1980	Total
F	0	9	127	178	212	132	52	21	11	742
M	0	6	78	136	145	82	33	19	8	507
Total	0	15	205	314	357	214	85	40	19	1249

Ci-dessous à titre comparatif, le nombre de déclarants enregistrés depuis le 3^e trimestre 2009 jusqu'au 31 décembre 2011

Année de naissance	< 1910	1911-1920	1921-1930	1931-1940	1941-1950	1951-1960	1961-1970	1971-1980	> 1980	Total
Nbre.	1	7	133	179	195	112	35	13	6	681

In COMMISSION NATIONALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DU LUXEMBURGO, *Deuxième Rapport*, pp. 4-10.

SUIÇA

Anexo 2.8.

Table 1. Numbers of deaths assisted by right-to-die associations in Switzerland during the years 2003 to 2008 and numbers excluded from and included in analyses

Number	Right-to-die association			Total (%)
	Exit Deutsche Schweiz	Exit Suisse Romande	Dignitas	
All assisted suicides	927	337	65	1329 (100)
Excluded from analysis				
Linkage to Swiss National Cohort unsuccessful	13	5	6	24 (1.8)
Aged <25 or >94 years at census 2000	2	2	0	4 (0.3)
Included in analysis	912	330	59	1301 (97.9)

Table 2. Socio-demographic characteristics of study population and crude rates of assisted suicide, Switzerland 2003–2008

Characteristics		Study population		Assisted suicides		Crude rate per 100 000	
		Number	%	Number	%	Estimate	95% CI
All		5 004 403	100	1,301	100	4.5	4.3–4.8
Gender	Male	2 402 899	48.0	561	43.1	4.1	3.8–4.4
	Female	2 601 504	52.0	740	56.9	5.0	4.6–5.3
Age (years)	25–34	1 061 090	20.9	18	1.4	0.3	0.2–0.5
	35–44	1 177 743	23.1	50	3.8	0.7	0.5–0.9
	45–54	986 903	19.4	143	11.0	2.5	2.1–2.9
	55–64	775 352	15.3	228	17.5	5.1	4.5–5.8
	65–74	564 545	11.4	360	27.7	11.4	10.3–12.7
	75–84	341 317	7.4	370	28.4	22.3	20.1–24.7
	85–94	97 453	2.6	132	10.2	38.9	32.8–46.2
Religious affiliation	Protestant	1 813 645	36.2	612	47.0	5.9	5.5–6.4
	Catholic	2 114 883	42.3	272	20.9	2.2	2.0–2.5
	No affiliation	578 718	11.6	331	25.4	9.9	8.8–11.0
	Other/unknown	497 207	9.9	86	6.6	3.0	2.4–3.7
Education	Compulsory	1 157 143	23.1	270	20.8	4.2	3.8–4.8
	Secondary	2 600 564	52.0	687	52.8	4.6	4.2–4.9
	Tertiary	1 095 834	21.9	335	25.8	5.2	4.7–5.8
	Unknown	150 826	3.0	9	0.7	1.0	0.5–2.0
Marital status	Single	975 300	19.5	157	12.1	2.8	2.4–3.2
	Married	3 268 448	65.3	642	49.4	3.4	3.1–3.7
	Widowed	363 677	7.3	314	24.1	17.3	15.5–19.3
	Divorced	396 978	7.9	188	14.5	8.2	7.1–9.5
Type of household	1 person	1 022 589	20.4	542	41.7	9.5	8.7–10.3
	≥ 2 persons	3 825 366	76.6	714	54.9	3.2	3.0–3.5
	Institution	146 448	2.9	45	3.5	6.2	4.6–8.3
Children	No	1 368 354	27.3	331	25.4	4.2	3.7–4.7
	Yes	3 406 593	68.1	909	69.9	4.7	4.4–5.0
	Unknown	229 456	4.6	61	4.7	4.8	3.7–6.1
Urbanization	Urban	1 469 703	29.4	571	43.9	6.8	6.3–7.4
	Peri-urban	2 248 963	45.0	558	42.9	4.3	4.0–4.7
	Rural	1 285 737	25.7	172	13.2	2.3	2.0–2.7
Neighbourhood index of SEP	Lowest quartile	1 204 410	24	160	12.3	2.3	2.0–2.7
	Second quartile	1 204 433	24	249	19.1	3.6	3.2–4.1
	Third quartile	1 204 459	24	329	25.3	4.7	4.3–5.3
	Fourth quartile	1 204 443	24	536	41.2	7.6	7.0–8.2
	Unknown	186 658	4	27	2.1	2.7	1.8–3.9
Language region	German	3 607 624	72.1	924	71.0	4.5	4.2–4.8
	French	1 164 032	23.3	339	26.1	5.1	4.6–5.7
	Italian	232 747	4.7	38	2.9	2.8	2.1–3.9
Nationality	Swiss	4 064 126	81.2	1,220	93.8	5.2	4.9–5.5
	Foreigner	940 277	18.8	81	6.2	1.5	1.2–1.9

SEP, socio-economic position.

Table 4. Number and percentage of assisted suicides among all deaths from selected underlying causes* by gender and age

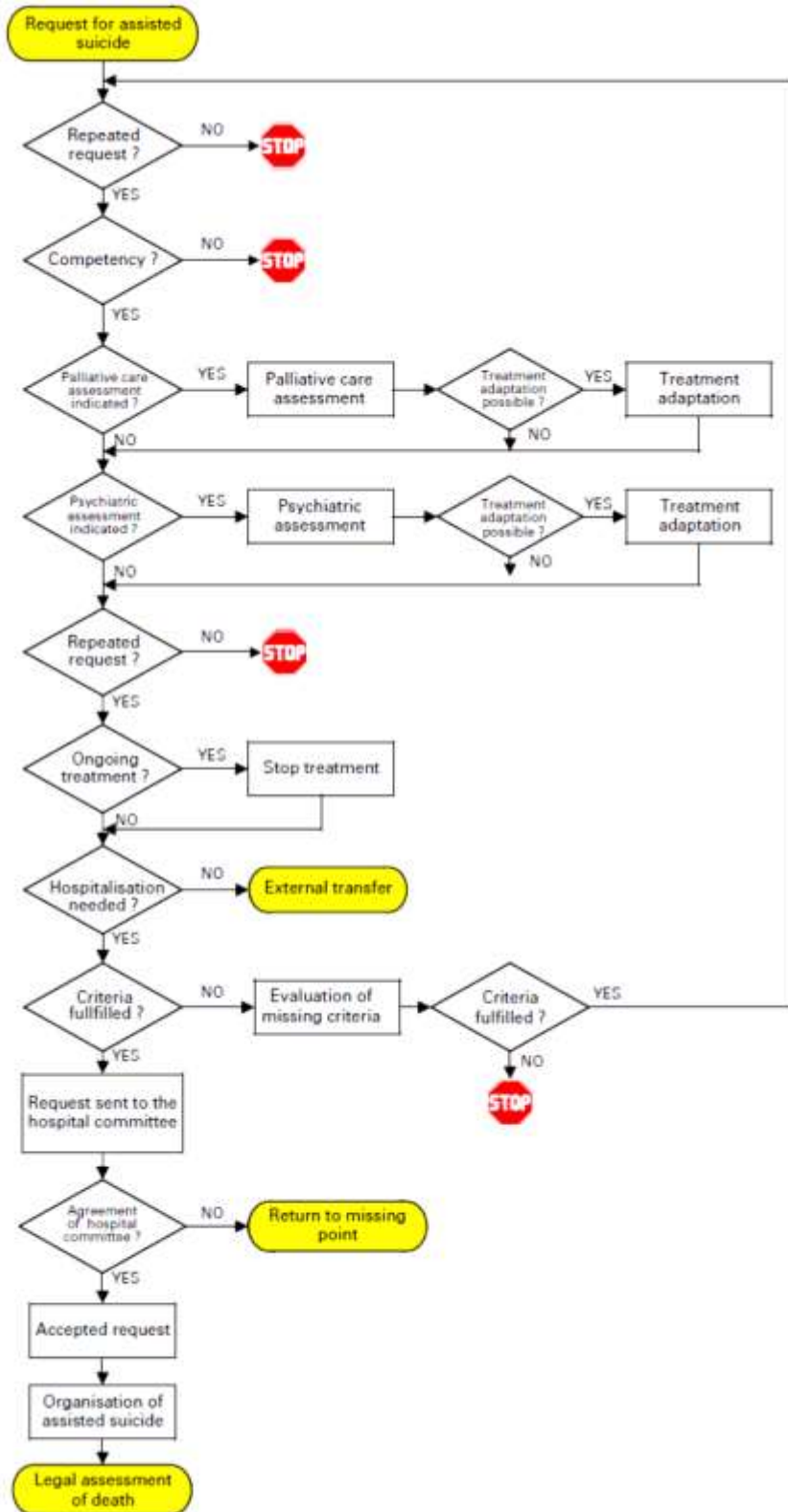
Cause	Aged 25–64 years				Aged 65–94 years			
	No. of assisted suicides/ total no. of deaths		Percent (95% CI)		No. of assisted suicides/ total no. of deaths		Percent (95% CI)	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
Cancer	99/20033	124/15323	0.5 (0.4–0.6)	0.8 (0.7–1.0)	146/32060	139/26703	0.5 (0.4–0.5)	0.5 (0.4–0.6)
Digestive	29/6263	31/3336	0.5 (0.3–0.6)	0.9 (0.6–1.3)	40/8856	41/8493	0.5 (0.3–0.6)	0.5 (0.3–0.7)
Respiratory	16/6003	18/2895	0.3 (0.2–0.4)	0.6 (0.4–1.0)	12/6711	18/2824	0.2 (0.1–0.3)	0.6 (0.4–1.0)
Breast	0/20	32/3712	0.0	0.9 (0.6–1.2)	0/25	34/4407	–	0.8 (0.5–1.1)
Male genital	13/1109	–	1.2 (0.6–2.0)	–	48/6882	–	0.7 (0.5–0.9)	–
Others	41/6638	43/5380	0.6 (0.4–0.8)	0.8 (0.6–1.1)	46/9586	46/10979	0.5 (0.4–0.6)	0.4 (0.3–0.6)
Mental and behavioural	5/2514	9/1284	0.2 (0.1–0.5)	0.7 (0.3–1.3)	14/5040	22/11003	0.3 (0.2–0.4)	0.2 (0.1–0.3)
Mood disorders	3/857	8/566	0.4 (0.1–1.0)	1.4 (0.6–2.8)	9/365	21/519	2.5 (1.1–4.6)	4.0 (2.5–6.1)
Other	2/1657	1/718	0.1 (0.0–0.4)	0.1 (0.0–0.8)	5/4675	1/10484	0.1 (0.0–0.2)	0.01 (0.0–0.01)
Nervous system	32/1261	49/1157	2.5 (1.7–3.6)	4.2 (3.1–5.6)	33/5566	47/8771	0.6 (0.4–0.8)	0.5 (0.4–0.7)
Motor neuron disease	13/266	13/181	4.9 (2.6–8.2)	7.2 (3.9–12.0)	8/243	8/284	3.3 (1.4–6.4)	2.8 (1.2–5.5)
Parkinson's disease	4/87	1/51	4.6 (1.3–11.4)	2.0 (0.0–10.4)	10/1764	14/1569	0.6 (0.3–1.0)	0.9 (0.5–1.5)
Multiple sclerosis	6/150	27/290	4.0 (1.5–8.5)	9.3 (6.2–13.3)	1/77	5/228	1.3 (0.0–7.0)	2.2 (0.7–5.0)
Other	9/758	8/635	1.2 (0.5–2.2)	1.3 (0.5–2.5)	14/3482	20/6690	0.4 (0.2–0.7)	0.3 (0.2–0.5)
Circulatory system	4/12018	3/4176	0.03 (0.0–0.1)	0.1 (0.0–0.2)	44/48709	62/70065	0.1 (0.1–0.1)	0.1 (0.1–0.1)
Musculoskeletal	2/192	8/209	1.0 (0.1–3.7)	3.8 (1.7–7.4)	8/691	54/1964	1.2 (0.5–2.3)	2.7 (2.1–3.6)
Other	27/9740	31/5230	0.3 (0.2–0.4)	0.6 (0.4–0.8)	56/26342	75/32633	0.2 (0.2–0.3)	0.2 (0.2–0.3)
All causes	169/45758	224/27379	0.4 (0.3–0.5)	0.9 (0.8–1.0)	301/118408	399/151139	0.3 (0.3–0.3)	0.3 (0.3–0.4)

*Analysis is based on all deaths except external causes (ICD-10 codes S00–T98, V01–X59, X85–Y98). The first underlying cause is shown.

In NICOLE STECK (Et Al.), “Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study” in *International Journal of Epidemiology*, Volume 43, Número 2, Abril de 2014, pp. 4-7.

Anexo 2.9.

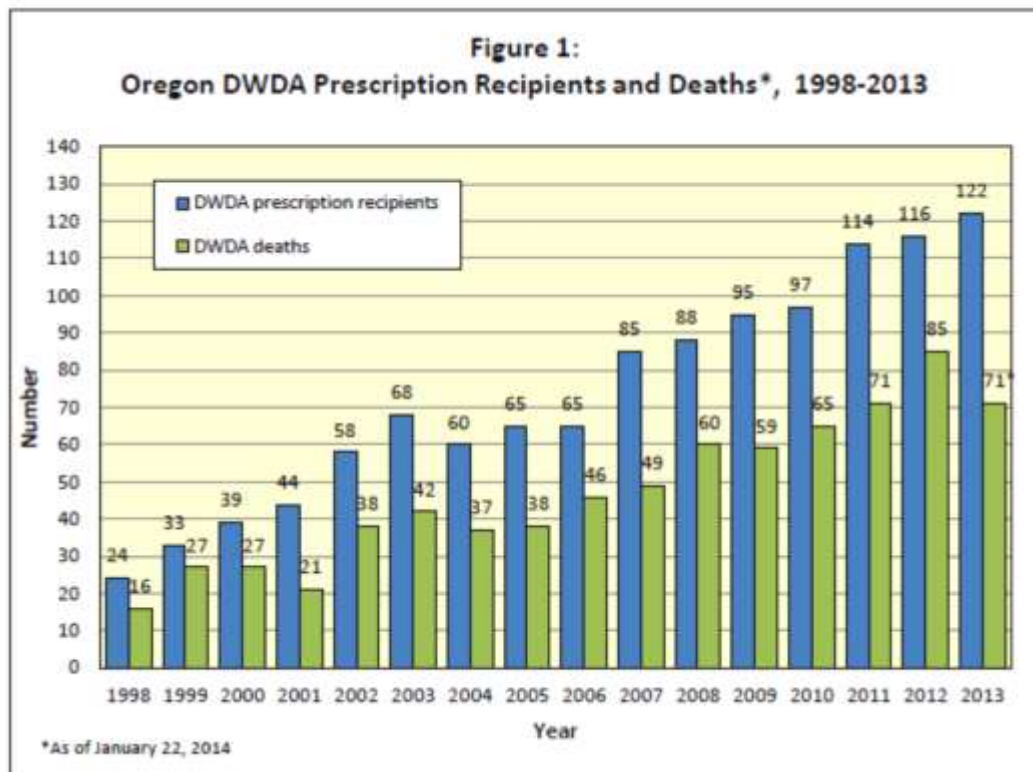
Figure 1
Flow chart for evaluation of requests for assisted suicide at the CHUV.



In JEAN - BLAISE WASSERFALLEN / RENÉ CHIOLÉRO / FRIEDRICH STIEFE, "Assisted suicide in an acute care hospital: 18 months 'experience'" in *"Swiss Medical Weekly"*, Número 15-16, 19 de Abril de 2008, p. 240.

OREGON

Anexo 2.10.



In OREGON HEALTH AUTHORITY, “Death with Dignity Act Annual Report”, Ano 16, p. 1.

“Quando nascemos, quando entramos neste mundo, é como se firmássemos um pacto para toda a vida, mas pode acontecer que um dia tenhamos de nos perguntar Quem assinou isto por mim”

JOSÉ SARAMAGO, “Ensaio sobre a Lucidez”, Lisboa: Caminho, 1998, p. 306