

Eutanásia e suicídio assistido em Espanha e Portugal: comparação jurídica

Luis Espericueta¹

1. Universidad de Granada, Granada, España.

Resumo

Este artigo sintetiza pela primeira vez as leis de assistência para morrer (eutanásia e suicídio medicamente assistido) em Espanha e Portugal. Serão analisados, especificamente, quatro aspectos de cada lei: as modalidades de assistência para morrer, os requisitos administrativos, os requisitos clínicos e as diferentes etapas no processamento da solicitação. Posteriormente, serão analisadas as convergências e divergências entre Espanha e Portugal, com especial destaque para os elementos eticamente problemáticos que poderiam interessar aos países que estão prestes a criar suas respectivas legislações. Por último, uma breve seção será dedicada à análise de como a decisão do Tribunal Constitucional de Portugal, proferida após a redação das seções anteriores deste artigo e relacionada à lei portuguesa sobre assistência para morrer, influenciará a configuração final da referida norma.

Palavras-chave: Eutanásia. Suicídio assistido. Direito de morrer. Cuidado terminal. Morte. Espanha. Portugal.

Resumen

Eutanasia y suicidio asistido en España y Portugal: comparación legal

Este artículo resume por primera vez las leyes de ayuda para morir (eutanasia y suicidio médicamente asistido) en España y Portugal. Se identificarán especialmente cuatro aspectos de cada ley: las modalidades de ayuda para morir, los requisitos administrativos, los requisitos clínicos y los diferentes pasos en el tratamiento de la solicitud. Posteriormente, se analizarán las convergencias y divergencias entre España y Portugal, con especial énfasis en los elementos éticamente problemáticos que podrían ser de interés para aquellos países que estén próximos a legislar sus respectivas leyes. Finalmente, se dedicará un breve apartado a analizar cómo la sentencia del Tribunal Constitucional de Portugal, emitida después de la redacción de las secciones precedentes de este artículo y relativa a la ley portuguesa de ayuda para morir, influirá en la configuración final de dicha norma.

Palabras clave: Eutanasia. Suicidio asistido. Derecho a morir. Cuidado terminal. Muerte. España. Portugal.

Abstract

Euthanasia and assisted suicide in Spain and Portugal: a legal comparison

This article summarizes, for the first time, the laws on aid in dying (euthanasia and medically assisted suicide) in Spain and Portugal. Four aspects of each law will be identified in particular: the type of assisted dying, the administrative requirements, the clinical requirements, and the different steps in the application process. Subsequently, the convergences and divergences between Spain and Portugal will be analyzed, with special emphasis on the ethically problematic elements that could be of interest to those countries that are close to legislating their respective laws. Finally, a brief section will be devoted to analyzing how the ruling of the Portuguese Constitutional Court, issued after the preceding sections of this article were written and relating to the Portuguese law on assisted dying, will influence the final configuration of that law.

Keywords: Euthanasia. Assisted suicide. Right to die. Terminal care. Death. Spain. Portugal.

Declararam não haver conflito de interesse.

Os três primeiros países a legalizar e regulamentar a eutanásia e o suicídio medicamente assistido na Europa foram Holanda em 2001¹, Bélgica em 2002² e Luxemburgo em 2009³ (na Suíça, Alemanha, Áustria e Itália, o suicídio assistido é descriminalizado, mas nenhum desses países legalizou a eutanásia). Posteriormente, Espanha e Portugal aderiram à lista em 2021⁴ e 2023⁵, respectivamente. Assim, no continente europeu existem duas regiões de países vizinhos com leis que regulamentam tanto a eutanásia como o suicídio medicamente assistido: por um lado, o bloco conhecido como Benelux, e, por outro, o da Península Ibérica, embora neste último caso a lei portuguesa ainda esteja sujeita a ajustes específicos.

O primeiro bloco tem muitos anos de experiência na prestação da assistência para morrer, por isso grande parte da literatura académica aborda a situação nesses países. Dado que os países ibéricos têm esse tipo de lei há pouco tempo, os artigos centrados nessa temática são relativamente escassos.

No caso de Portugal, a bibliografia académica é praticamente inexistente. Isso pode ser explicado pelo fato de que, embora a lei já tenha sido aprovada pelo Parlamento português, sua entrada em vigor depende da correção de três pontos específicos apontados como inconstitucionais pelo Tribunal Constitucional, bem como da elaboração de um protocolo que regulamente determinados aspectos práticos⁶. No entanto, a própria lei já fornece informações suficientes para identificar o tipo de processamento das solicitações de assistência para morrer em solo português.

Nesse contexto, este artigo tem como objetivo apresentar os principais aspectos dos modelos espanhol e português, destacando suas principais semelhanças e diferenças. Para tanto, a legislação sobre o tema de ambos os países será analisada, bem como os tipos de assistência para morrer, os requisitos administrativos e clínicos exigidos do paciente e o tratamento do processo de solicitação. Posteriormente, será realizada uma análise comparativa de ambas as legislações e apontadas suas principais coincidências e divergências, bem como algumas de suas implicações bioéticas mais relevantes. Por último, uma breve seção abordará como a decisão do Tribunal Constitucional de Portugal, proferida após a redação das seções anteriores deste artigo, influenciará o possível texto final da lei.

Espanha

Tipos de assistência para morrer

A lei espanhola abrange duas modalidades de assistência para morrer: aplicação direta de substâncias letais (eutanásia) no paciente realizada pelo médico e fornecimento ao paciente de substâncias para autoaplicação (suicídio medicamente assistido). Caso o paciente não esteja em capacidade de tomar decisões e tenha solicitado assistência para morrer em suas orientações prévias, mas sem especificar o tipo de modalidade, será escolhido o primeiro tipo de procedimento⁷.

Requisitos administrativos

De acordo com a Lei Orgânica sobre o Regulamento da Eutanásia (LORE), apenas pessoas maiores de idade podem solicitar a Prestação de Assistência para Morrer (PAM). Os requerentes devem ter nacionalidade espanhola, residência legal ou comprovar por meio de um registro civil que viveram no país ininterruptamente por mais de doze meses no momento da solicitação (o que poderia ser feito mesmo em uma situação de imigração irregular)⁴.

Requisitos clínicos

Os pacientes que solicitam a PAM devem estar em uma dessas duas situações: ter uma “doença grave e incurável” ou estar em “uma condição grave, crônica e incapacitante”⁴. Em ambos os casos a lei estabelece que se deve constatar que o sofrimento do requerente é constante e intolerável. A principal diferença entre esses “contextos eutanásicos” consiste em que o primeiro alude a uma situação de terminalidade, enquanto o segundo a uma situação de cronicidade.

A lei não faz uma previsão específica sobre a expectativa de vida para o primeiro contexto de eutanásia, embora internacionalmente se considere que a situação de terminalidade envolve uma expectativa de vida inferior a seis meses⁸. Em contraste, em algumas regiões da Austrália onde a PAM⁹ é legal, um requerente com uma doença neurodegenerativa é considerado paciente terminal se sua expectativa de vida for inferior a doze meses.

Quanto à “condição grave, crônica e incapacitante”, essa definição tem gerado diversas

controvérsias, especialmente se abrange os transtornos mentais. Essa discussão se deve especialmente ao fato de que a descrição desse contexto de eutanásia faz alusão ao “sofrimento físico ou mental” que o paciente pode passar. Inicialmente, algumas comissões de garantia e avaliação (órgãos colegiados que decidem sobre solicitação de assistência para morrer) e órgãos judiciais consideraram que os transtornos mentais poderiam atender às características estabelecidas pelo segundo contexto de eutanásia^{10,11}. De fato, várias PAM foram realizadas em pacientes psiquiátricos.

No entanto, a análise de um recurso de inconstitucionalidade contra a LORE de 2023 constatou que o Tribunal Constitucional ao negar o procedimento apontou que os transtornos mentais não podem, por si sós, justificar assistência para morrer¹². O argumento considerou uma interpretação da exposição de motivos da lei que não convenceu todos os especialistas^{13,14}. De qualquer forma, parece que o tribunal não descarta que uma pessoa com transtorno mental acesse a PAM desde que tenha a capacidade de tomar decisões e a condição que justifica o pedido seja de origem somática.

Processamento dos pedidos

Na Espanha, o processamento dos pedidos de assistência para morrer pode ocorrer por meios ordinários quando o paciente está em capacidade de tomar decisões no momento do pedido e da aplicação da PAM. Por outro lado, os meios extraordinários envolvem a situação em que a pessoa não tem capacidade para tomar decisões, mas já havia deixado, em pleno gozo de suas capacidades, um documento de declaração anterior ou similar com o pedido de assistência para morrer⁴.

O procedimento convencional inicia quando uma pessoa envia sua solicitação a um médico, que pode ou não ser o seu médico. Esse profissional é denominado de “médico responsável” e tem a função de realizar, dentro dos dois primeiros dias corridos do recebimento da solicitação, um processo informativo e deliberativo sobre o diagnóstico do paciente, suas opções terapêuticas e paliativas, bem como outras circunstâncias relevantes. Posteriormente, após um período mínimo de quinze dias corridos a partir da primeira solicitação, o paciente deve ratificar sua vontade por meio de uma segunda solicitação. Depois desse

processo, e em menos de dois dias corridos, o médico responsável retomará o processo deliberativo com o paciente buscando sanar eventuais dúvidas que possam ter surgido durante o prazo máximo de cinco dias corridos⁴.

Após 24 horas do término do segundo processo deliberativo, o médico responsável deve confirmar se o paciente deseja continuar com o processo ou se, ao contrário, prefere desistir. Em caso afirmativo, o médico responsável terá que entrar em contato com um médico especializado na condição do paciente. Esse último é denominado “médico consultor” e é responsável por avaliar o paciente e seu prontuário médico, a fim de emitir um relatório no prazo máximo de dez dias corridos a partir da apresentação da segunda solicitação. Caso tenha uma deliberação favorável, durante os três dias úteis seguintes, o médico responsável encaminhará o documento para a respectiva comissão de garantia e avaliação⁴.

As comissões de garantia e avaliação são órgãos administrativos vinculados a cada região (comunidade autônoma). Cada comissão é composta por um mínimo de sete membros, incluindo equipe médica, de enfermagem e juristas. Quando a comissão recebe um documento de solicitação do médico responsável, seu presidente deverá designar em menos de dois dias um profissional médico e um jurista, que verificarão o cumprimento dos requisitos e condições para a concessão da PAM. Feito isso, e no prazo máximo de sete dias corridos, os membros da comissão redigirão um relatório que resolverá o pedido de assistência para morrer e será encaminhado para o médico responsável durante os dois dias corridos seguintes.

Em caso de resolução negativa, o paciente pode recorrer da decisão na jurisdição contencioso-administrativa. Caso a resolução seja positiva, o médico responsável combinará com a equipe assistencial e o paciente uma data e a modalidade da PAM⁴. Uma vez concedida a assistência para morrer, o médico responsável deverá encaminhar o relatório da assistência para morrer à respectiva comissão de garantia e avaliação.

Já o meio extraordinário inicia-se com o recebimento do documento de instruções prévias em que o paciente solicitou a PAM ao médico. Posteriormente, embora a lei não especifique claramente, entende-se que o médico responsável se comunica com o médico consultor e com a comissão

de garantia e avaliação, apesar de o paciente não poder participar ativamente do processo¹⁵.

Portugal

Tipos de assistência para morrer

A lei portuguesa semelhante à espanhola prevê duas modalidades para a PAM: a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. No entanto, *a morte medicamente assistida só pode ocorrer por eutanásia quando o suicídio medicamente assistido é impossível devido à incapacidade física do paciente*⁵.

Requisitos administrativos

De acordo com a lei portuguesa, apenas pessoas maiores de idade podem solicitar assistência para morrer. Os requerentes devem ter nacionalidade portuguesa ou residência legal. Portanto, não podem solicitar o procedimento as pessoas em situação migratória irregular⁵.

Requisitos clínicos

Tal como na Espanha, a lei portuguesa aponta dois tipos de pressupostos que justificam a concessão da assistência para morrer: grande sofrimento devido a uma 1) doença grave e incurável ou 2) lesão definitiva de gravidade extrema⁵. A principal diferença entre essas duas situações é a terminalidade e a cronicidade, respectivamente. A lei portuguesa também não estabelece um período específico de expectativa de vida.

No entanto, no caso de Portugal, o segundo tipo de contexto não causa a mesma ambiguidade que na Espanha, uma vez que não há alusão ao sofrimento psíquico (embora as primeiras versões da lei abrangessem o sofrimento físico, psicológico e espiritual¹⁶). Além disso, a lei, em geral, tem um aspecto mais paternalista nesse âmbito, pois estabelece que o paciente deve passar obrigatoriamente por uma consulta psicológica e destaca os casos em que é necessário consultar um especialista psiquiátrico.

No entanto, se o paciente mantém suas capacidades apesar de um transtorno mental, não haveria nada na lei que proibisse seu acesso à PAM, desde que a doença que justifica o pedido seja

de origem somática. Além disso, isso seria consistente com alguns estudos confirmando que alguns pacientes psiquiátricos podem manter a capacidade de tomar decisões médicas¹⁷.

Processamento dos pedidos

Em Portugal, o processamento dos pedidos de assistência para morrer só pode ocorrer quando o paciente esteja em capacidade de tomar decisões ao longo do processo de solicitação e da aplicação do requerimento. A lei ainda estabelece que “imediatamente antes” do fornecimento das substâncias letais, o médico orientador deve confirmar a vontade do requerente diante de uma ou mais testemunhas⁵.

O processo inicia com o envio do pedido da PAM a um médico escolhido pelo paciente. Esse profissional, denominado “médico orientador”, deve garantir que, nos primeiros dez dias úteis a partir do recebimento da solicitação, o paciente passe por uma consulta psicológica. Essa consulta obrigatória, salvo oposição expressa, visa assegurar que o requerente compreenda plenamente suas decisões e afaste eventuais pressões indevidas⁵.

Da mesma forma, no prazo de vinte dias úteis, o médico orientador deve realizar um processo informativo com o paciente sobre seu diagnóstico, suas opções terapêuticas e paliativas, bem como outras circunstâncias relevantes. Caso esse médico considere que o paciente preenche todos os requisitos, o paciente deverá entrar em contato com um “médico especialista”, que deverá avaliar o caso a fim de emitir um laudo no prazo máximo de quinze dias úteis. Se tiver uma resolução favorável, o médico orientador enviará o documento para a comissão de verificação e avaliação⁵.

Essa comissão é única em todo o território português e é composta por cinco membros: dois advogados, um médico, um enfermeiro e um bioeticista. A comissão, ao receber o documento de requerimento do médico orientador, deverá verificar o cumprimento dos requisitos e das condições para a concessão da PAM em até cinco dias úteis.

Em caso de resolução negativa, o paciente pode posteriormente reiniciar o procedimento, mas a lei não prevê explicitamente a possibilidade de recorrer da decisão em qualquer jurisdição. Caso a deliberação seja favorável, o requerente combinará com o médico orientador uma data e poderá

escolher o local para a PAM, desde que atenda às condições clínicas e de conforto necessárias⁵. Depois de realizar a assistência para morrer, o médico orientador deverá enviar um laudo final à comissão de verificação e avaliação, que deverá revisá-lo em até cinco dias úteis. Se após essa avaliação a comissão identificar que o médico não seguiu as condições e procedimentos da lei, encaminhará o relatório ao Ministério Público.

Principais semelhanças e diferenças entre Espanha e Portugal

Principais semelhanças

Na Península Ibérica, o modelo de assistência para morrer inclui a possibilidade de acesso à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido. Ao contrário de dois dos três países que compõem o bloco Benelux (Bélgica, Holanda), apenas adultos podem ter acesso a esse procedimento. Da mesma forma, na península, a assistência para morrer pode ser solicitada tanto para doenças terminais como para doenças crônicas, e pode ser realizada em hospitais públicos, privados e outros locais (como as residências de pacientes). Além disso, o modelo ibérico estabelece um controle prévio à PAM realizado por um órgão colegiado; já no Benelux, o controle é realizado depois de efetuada a assistência para morrer.

Por fim, ambas as leis explicitam o direito à objeção de consciência dos profissionais de saúde. Na Espanha, a LORE estabelece a criação de um registro no qual os opositores profissionais devem registrar a declaração de objeção de consciência. Por sua vez, a lei portuguesa determina que, se os profissionais se opuserem à participação em um procedimento de morte assistida, devem informar ao requerente da sua objeção no prazo máximo de 24 horas, indicando também a natureza dos motivos que fundamentam a sua decisão.

Principais diferenças

Embora nos dois países ibéricos a eutanásia e o suicídio medicamente assistido sejam práticas contempladas pelas respectivas legislações, em Portugal o acesso à eutanásia está condicionado à impossibilidade física do paciente de realizar o suicídio assistido. Essa condição inexistente

na Espanha poderia ser interpretada como um tipo de discriminação ou tratamento desigual¹⁸.

De fato, muitas pessoas poderiam optar por deixar seus cuidados completamente nas mãos da equipe de saúde por razões como segurança ou conforto; no entanto, essa decisão seria anulada pelo simples fato de ter a capacidade física de realizar o suicídio medicamente assistido. Isso é especialmente relevante quando se considera que, na Espanha, 265 eutanásias foram realizadas em comparação com apenas 5 suicídios medicamente assistidos em 2022¹⁹, e 316 eutanásias em comparação com 18 suicídios medicamente assistidos em 2023²⁰. Esses dados indicam que em determinados contextos prevalece a preferência pela modalidade da eutanásia como forma de assistência para morrer.

Por outro lado, ao contrário da lei portuguesa, a lei espanhola permite que as pessoas com residência irregular tenham acesso à PAM desde que comprovem a estadia no território por mais de doze meses. Da mesma forma, ao contrário de Espanha e dos países do Benelux, Portugal não permite o acesso a este procedimento por meio de um documento de instruções prévias. Portanto, em Portugal exclui-se a possibilidade de eutanásia em pessoas com demência avançada ou em estado de inconsciência irreversível, mesmo que tenham manifestado previamente a sua vontade a esse respeito quando tinham capacidade de tomar decisões.

Além disso, em Portugal é necessário apenas que o paciente apresente um único pedido de assistência para morrer, enquanto na Espanha são dois, e este último país não estabelece a obrigação de encaminhar o paciente para uma consulta psicológica (salvo oposição expressa deste). Em alguns casos, esse requisito pode ser considerado excessivo dada a delicada situação de saúde do paciente. De fato, a consulta psicológica obrigatória poderia atrasar o processo de assistência para morrer, prolongando o sofrimento de pacientes com doenças terminais ou em condições debilitantes que já tomaram uma decisão consciente e informada.

Nesse sentido, a exigência de avaliações psicológicas poderia ser um estigma, pois sistematicamente coloca em xeque o desejo dos requerentes da assistência para morrer. Da mesma forma, em regiões com recursos limitados pode ser difícil encontrar profissionais adequados ou garantir sua disponibilidade, o que complicaria ainda mais o processo.

Por outro lado, algumas pessoas apontam que a intervenção dos profissionais de saúde mental deve ter uma abordagem de acompanhamento no processo de morrer, em vez de ser um controle inquisitivo^{21,22}. A esse respeito, cabe ressaltar que a legislação portuguesa apenas prevê essa abordagem de acompanhamento para os profissionais de saúde, enquanto, para os requerentes, a intervenção pode ser percebida como uma supervisão mais focada no escrutínio do que no apoio.

No que diz respeito à duração do processamento do pedido da assistência para morrer na Espanha, os prazos legais estabelecem cerca de 39 dias a partir da apresentação do pedido até sua aceitação definitiva. Em 2022, o tempo médio entre o envio do pedido e a aplicação da PAM foi de 75,1 dias¹⁹, enquanto em 2023 foi reduzido para 67 dias²⁰.

Nesse sentido, na Espanha, a LORE contempla a possibilidade de que o médico responsável reduza o período mínimo obrigatório entre a primeira e a segunda solicitação caso avalie no paciente uma perda iminente da capacidade de tomar decisões. No entanto, não é permitido encurtar o prazo para uma morte iminente. Isso somado ao fato de que a opção de assistência para morrer às vezes é comunicada tardiamente aos pacientes e pode levar a um percentual significativo de óbitos durante o processamento do pedido, uma situação identificada desde os primeiros meses de aplicação da LORE^{23,24}.

Já em Portugal a lei estabelece que o procedimento do pedido de assistência para morrer não pode ser inferior a dois meses, embora a soma dos prazos resulte em uma duração de aproximadamente 40 dias desde a apresentação do pedido até sua aceitação definitiva.

Por último, vale ressaltar que a lei portuguesa não indica como a morte pela PAM será legalmente considerada nem menciona explicitamente os mecanismos de revisão que o requerente pode ativar em caso de uma resolução negativa (além de reiniciar o processo).

Em contrapartida, a lei espanhola equipara a morte produzida pela PAM à morte natural e, caso o pedido seja indeferido, contempla a revisão tanto pela comissão de garantia e avaliação quanto pela jurisdição contencioso-administrativa. É de grande relevância o fato de especificar a consideração legal da morte ou não, bem como a jurisdição

competente para lidar com os pedidos da PAM, uma vez que tem sido um fator determinante em alguns casos controversos na Espanha, como a eutanásia de um detido em processo penal²⁵.

Impacto da sentença do Tribunal Constitucional de Portugal

Em 22 de abril de 2025, o Tribunal Constitucional (TC) de Portugal decidiu sobre um pedido de declaração de inconstitucionalidade apresentado por um grupo de cinquenta e seis deputados da Assembleia da República contra a lei de morte medicamente assistida do país. Dentre os diferentes argumentos apresentados, o TC apenas acolheu aqueles que apontaram deficiências regulatórias específicas, em especial quanto à escolha do método de assistência para morrer, à forma como a avaliação deve ser realizada pelo médico especialista, aos requisitos materiais que determinam a impunibilidade do ato e à obrigação de justificar a objeção de consciência por parte da equipe de saúde²⁶.

O TC considerou que a lei continha inconsistências quanto à possibilidade de a pessoa que solicitava assistência para morrer escolher entre eutanásia e suicídio medicamente assistido. Algumas disposições (como o artigo 19, herdada de versões anteriores do projeto de lei) sugerem que essa decisão cabe ao próprio requerente²⁶.

No entanto, o artigo 3º, número 5, introduz um princípio de subsidiariedade que dá prioridade ao suicídio medicamente assistido, reservando a eutanásia para os casos em que a pessoa não pode autoadministrar as drogas letais, o que foi incorporado na versão final do texto legal. Essa falta de coerência interna levou o tribunal a declarar inconstitucionais os dispositivos que reconheciam um suposto direito de escolha do método de morrer, adotando o entendimento de que eles contrariavam o princípio da segurança jurídica²⁶.

Por outro lado, o TC declarou inconstitucional a configuração jurídica das funções do médico especialista, na medida em que a norma não exige que esse profissional realize uma avaliação presencial do requerente da assistência para morrer. O artigo 7º, número 4, permitiu que a avaliação do médico especialista fosse realizada com base na documentação clínica, sem contato

direto com o requerente. O tribunal considerou que essa omissão viola o direito à proteção da vida e à autodeterminação em condições de segurança, ao deixar de garantir que a avaliação do sofrimento grave, a capacidade decisória e o cumprimento dos requisitos legais fundamentam uma relação clínica efetiva, de acordo com o princípio da proteção dos direitos fundamentais. Consequentemente, o TC concluiu que também é afetada a validade constitucional do artigo 3º, número 1, que estabelece os requisitos materiais da morte medicamente assistida²⁶.

Além disso, o Tribunal Constitucional declarou inconstitucional a disposição que atribuía a obrigação da equipe de saúde objetora de consciência de especificar os motivos que levaram a sua recusa em praticar ou colaborar em uma assistência de morte medicamente assistida. Para tanto, invocou os preceitos constitucionais que garantem a liberdade de consciência, entendida como um direito fundamental cujo exercício não pode estar sujeito à exposição ou validação das razões pessoais que a sustentam²⁶.

Por fim, o TC decidiu por não declarar inconstitucionalidade dos demais artigos objeto do recurso. Em relação à compatibilidade entre a assistência médica para morrer e a Constituição Portuguesa, defendeu que esta *não impõe nem proíbe categoricamente a legalização da morte assistida*²⁶. Assim, diante da impugnação global da lei pelos recorrentes, que questionaram sua conformidade com o direito à vida, o tribunal lembrou que esse direito *não pode ser transformado em dever de viver em nenhuma circunstância*²⁶ e frisou que a descriminalização da morte assistida é – *convém repetir novamente – uma opção legislativa controversa e legítima, como acontece na política democrática*²⁶.

Por essas razões, podemos afirmar que o tribunal não questionou a legitimidade de regulamentar essa matéria, mas identificou aspectos técnicos que devem ser corrigidos para garantir sua plena conformidade constitucional. Portanto, a lei sobre morte medicamente assistida em Portugal não foi descartada, mas permanece uma possibilidade real, desde que o legislador inclua os ajustes necessários observados pelo tribunal.

Considerações finais

Considerando as divergências no processamento das solicitações entre Espanha e Portugal, podemos afirmar que a legislação portuguesa é mais restritiva do que a sua homóloga espanhola. Assim, em cada um dos aspectos analisados neste trabalho verificamos que os requisitos impostos em Portugal são mais exigentes do que na Espanha. Isso pode se dever às dificuldades políticas que surgiram em Portugal e que obrigaram os legisladores a procurar pontos de consenso.

Entre as condições mais rigorosas em Portugal, destaca-se a exigência de que o requerente seja fisicamente incapaz de realizar um suicídio medicamente assistido para ter acesso à eutanásia, estabelecendo esta última como uma exceção e a primeira como a modalidade padrão. Também outros requisitos mais onerosos para o futuro requerente português são a obrigatoriedade (exceto por oposição) da consulta psicológica, o prazo mínimo de dois meses que o procedimento do pedido deve durar e a ausência de mecanismos explícitos para revisão externa dos pedidos recusados.

Referências

1. The Netherlands. Termination of life on request and assisted suicide law [Internet]. 1997 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/5a37uj34>
2. Belgique. Loi relative à l'euthanasie. Service Public Fédéral Justice [Internet]. 2002 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/4mw2pw5c>
3. Luxembourg. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg [Internet]. 2009 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>
4. España. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2021 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/2xavvz6p>

5. Portugal. Lei nº 22/2023, de 25 de maio. Diário da República [Internet]. 2023 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/45y7eyr8>
6. Lusa. Eutanásia: nove anos de avanços e recuos no Parlamento. SIC notícias [Internet]. 2025 [acesso 15 ago 2025]. Disponível: <https://sicnoticias.pt/pais/2025-04-23-eutanasia-nove-anos-de-avancos-e-recuos-no-parlamento-71fdd1eb>
7. Ministerio de Sanidad (ES). Manual de buenas prácticas en eutanasia [Internet]. 2021 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
8. Stuart B. The NHO Medical Guidelines for Non-Cancer Disease and local medical review policy: hospice access for patients with diseases other than cancer. *Hosp J* [Internet]. 1999 [acesso 29 maio 2025];14(3-4): 139-54. DOI: 10.1080/0742-969X.1999.11882934
9. Australian Centre for Health Law Research. Voluntary assisted dying [Internet]. 2025 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://end-of-life.qut.edu.au/assisteddying>
10. España. Sentencia 353/2022. Tribunal Superior de Justicia de Navarra [Internet]. 2022 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/3zux9n8c>
11. España. Peticions de PRAM per persones amb problemes de salut mental 2022 [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2022 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/mvw4rs3w>
12. España. Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2023 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/yz4j4uzc>
13. Espericueta L. La prohibición de la eutanasia por trastornos mentales en España: análisis sobre la vulneración del principio de igualdad y no discriminación. *Rev Bioet Derecho* [Internet]. 2025 (acesso 2 jul 2025);(64):217-33. DOI: 10.1344/rbd2025.64.47693
14. Sánchez F. El Constitucional excluye de la eutanasia a los pacientes con trastornos mentales. *Diario Médico* [Internet]. Opinión; 18 abr 2023 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/3bxyhre7>
15. Espericueta L. Eutanasia, demencia e instrucciones previas: alegato a favor de un nuevo modelo en España. *RECERCA* [Internet]. 2025 [acesso 29 maio 2025];30(1):1-39. DOI: 10.6035/recerca.8027
16. Abreu MP, Pestana IL. Morte Medicamente Assistida – Breve análise à Lei nº 22/2023, de 25 de Maio. *El observador* [Internet]. 23 jun 2023 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/ycdafksw>
17. Calcedo-Barba A, Fructuoso A, Martínez-Raga J, Paz S, Sánchez de Carmona M, Vicens E. A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020 [acesso 29 maio 2025];20(1):339. DOI: 10.1186/s12888-020-02756-0
18. Shavelson L, Pope TM, Battin MP, Ouellette A, Kluger B. Neurologic diseases and medical aid in dying: aid-in-dying laws create an underclass of patients based on disability. *Am J Bioeth* [Internet]. 2022 [acesso 29 maio 2025];23(9):5-15. DOI: 10.1080/15265161.2022.2105422
19. España. Informe de evaluación anual 2022 de la prestación de ayuda para morir [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/42uwut66>
20. España. Informe de evaluación anual 2023 de la prestación de ayuda para morir [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/2xkc7xrj>
21. Sullivan MD, Ganzini L, Youngner SJ. Should psychiatrists serve as gatekeepers for physician-assisted suicide? *Hastings Cent Rep* [Internet]. 1998 [acesso 29 maio 2025];28(4):24-31. DOI: 10.2307/3528610
22. Parker M. Medicine, psychiatry and euthanasia: an argument against mandatory psychiatric review? *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2000 [acesso 29 maio 2025];34(2):318-24. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2000.00725.x
23. Espericueta L. Primer informe oficial de la eutanasia en España: comparación con las experiencias canadiense y neozelandesa. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2023 [acesso 29 maio 2025];161(10):445-7. DOI: 10.1016/j.medcli.2023.06.014
24. Espericueta L. Tres años de la eutanasia en España: datos, controversias y retos. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2025 [acesso 29 maio 2025];165(3):1-5. DOI: 10.1016/j.medcli.2025.107037

25. Espericueta L. Euthanasia in detention and the ethics of caring solidarity: a case study of the 'Tarragona Gunman'. *Bioethics* [Internet]. 2024 [acesso 29 maio 2025];38(8):713-21. DOI: 10.1111/bioe.13325
26. Portugal. Tribunal Constitucional. Plenário. Acórdão n° 307/2025. Relator: Conselheiro Gonçalo de Almeida Ribeiro. TCP [Internet]. 2025 [acesso 29 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/md8bxa8t>

Luis Espericueta – Doutorando – espericueta@ugr.es

 0000-0002-8717-0170

Correspondência

Despacho 255, Departamento de Filosofía 1, Facultad de Psicología, Campus Universitario Cartuja. Beiro, 18011 Granada, España.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 14.7.2024

Revisado: 21.2.2025

Aprovado: 20.3.2025