



Bloco de Esquerda

Grupo Parlamentar

PROJETO DE LEI N.º 5/XV/1.ª

REGULA AS CONDIÇÕES EM QUE A MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA NÃO É PUNÍVEL E ALTERA O CÓDIGO PENAL

Exposição de Motivos

O processo legislativo para regular as condições em que a morte medicamente assistida não é punível já é longo. Iniciado por um grande debate público (que teve vários aprofundamentos ao longo do tempo, no parlamento e na sociedade portuguesa), congregou em diversos momentos uma maioria de deputadas e deputados na Assembleia da República. Esse é um processo rico e tornou claro que não é aceitável, à luz de um princípio geral de tolerância e da articulação constitucional entre direito à vida, direito à autodeterminação pessoal e direito ao livre desenvolvimento da personalidade, negar o direito de, dentro de um quadro legal rigorosamente delimitado, se ver atendido o pedido para antecipação da morte sem que tal gere a penalização dos profissionais de saúde que, fieis ao comando de acompanhar os seus pacientes até ao fim, ajudem à satisfação de um tal pedido.

Esse processo legislativo ficou perto da conclusão na XIV Legislatura, mas o veto político do Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa impediu esse objetivo. O texto jurídico que resultou do processo de especialidade dos Projetos de Lei n.ºs 4/XIV/1.ª (BE), 67/XIV/1.ª (PAN), 104/XIV/1.ª (PS), 168/XIV/1.ª (PEV) e 195/XIV/1.ª (IL), e que culminou com o Decreto da Assembleia da República 199/XIV é, pois, a base substancial da presente iniciativa. As pequeníssimas alterações que a esse texto são feitas decorrem da superação das objeções colocadas no veto presidencial de 29 de novembro de 2021. Na verdade, só formalmente se inicia um processo legislativo com esta iniciativa pois a

sua substância advém totalmente do percurso, debate e diálogo realizado na XIV Legislatura. Contudo, para eliminar qualquer indeterminação jurídica que poderia advir de, numa nova legislatura, se proceder à superação de um veto presidencial que transita de uma legislatura anterior, é apresentada esta iniciativa legislativa.

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, as Deputadas e os Deputados do Bloco de Esquerda, apresentam o seguinte Projeto de Lei:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei regula as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei, considera-se:

- a) Morte medicamente assistida: morte que ocorre por decisão da própria pessoa, em exercício do seu direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde;
- b) Suicídio medicamente assistido: autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente, sob supervisão médica;
- c) Eutanásia: administração de fármacos letais, pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito;
- d) Doença grave e incurável: doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade;

- e) Lesão definitiva de gravidade extrema: lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa;
- f) Sofrimento: sofrimento físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa;
- g) Médico orientador, médico indicado pelo doente que tem a seu cargo coordenar toda a informação e assistência ao doente, sendo o interlocutor principal do mesmo durante todo o processo assistencial, sem prejuízo de outras obrigações que possam caber a outros profissionais;
- h) Médico especialista, médico especialista na patologia que afeta o doente e que não pertence à mesma equipa do médico orientador.

Artigo 3.º

Antecipação da morte medicamente assistida não punível

- 1- Para efeitos da presente lei, considera-se morte medicamente assistida não punível a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.
- 2- Para efeitos da presente lei, consideram-se legítimos apenas os pedidos de morte medicamente assistida apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional.
- 3- A morte medicamente assistida ocorre em conformidade com a vontade e a decisão da própria pessoa, que se encontre numa das seguintes situações:
 - a) Lesão definitiva de gravidade extrema;
 - b) Doença grave e incurável.
- 4- A morte medicamente assistida pode ocorrer por:
 - a) Suicídio medicamente assistido;
 - b) Eutanásia.

- 5 – O pedido subjacente à decisão prevista no n.º 1 obedece a procedimento clínico e legal, de acordo com o disposto na presente lei.
- 6 – O pedido pode ser livremente revogado a qualquer momento, nos termos do artigo 12.º.

CAPÍTULO II

Procedimento

Artigo 4.º

Abertura do procedimento clínico

- 1 – O pedido de abertura do procedimento clínico de antecipação da morte é efetuado por pessoa que preenche os requisitos previstos no artigo anterior, doravante designada por doente, em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, a ser integrado em Registo Clínico Especial (RCE) criado para o efeito.
- 2 – O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente como médico orientador.
- 3 – O médico orientador deve obrigatoriamente aceder ao historial clínico do doente e assumi-lo como elemento essencial do seu parecer, emitido nos termos do artigo 5.º.
- 4 – Não são admitidos os pedidos de doentes sujeitos a processo judicial para aplicação do regime do maior acompanhado, enquanto o mesmo se encontrar pendente, sendo o procedimento de antecipação da morte imediatamente suspenso quando o processo judicial for instaurado posteriormente à apresentação do pedido e enquanto o mesmo decorra, independentemente da fase em que o procedimento de antecipação da morte se encontre.
- 5 – Ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos.

Artigo 5.º

Parecer do médico orientador

- 1 – O médico orientador emite parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos no artigo 3.º e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e o respetivo prognóstico, após o

que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada.

- 2 – A informação e o parecer prestados pelo médico e a declaração do doente, assinados por ambos, integram o RCE.
- 3 – Se o parecer do médico orientador não for favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.

Artigo 6.º

Confirmação por médico especialista

- 1 – Após o parecer favorável do médico orientador, este procede à consulta de outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, cujo parecer confirma ou não que estão reunidas as condições referidas no artigo anterior, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza grave e incurável da doença ou a condição definitiva e de gravidade extrema da lesão.
- 2 – O parecer fundamentado do médico especialista é emitido por escrito, datado e assinado por ele e integra o RCE.
- 3 – Se o parecer do médico especialista não for favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso de parecer favorável do médico especialista, o médico orientador informa o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e, juntamente com o parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE.
- 5 – Caso o doente padeça de mais do que uma lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, o médico orientador decide qual a especialidade médica a consultar.

Artigo 7.º

Confirmação por médico especialista em psiquiatria

- 1 – É obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, sempre que ocorra uma das seguintes situações:
 - a) O médico orientador e ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte revelando uma vontade séria, livre e esclarecida;
 - b) O médico orientador e ou o médico especialista admitam que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões.
- 2 – Se o médico especialista em psiquiatria confirmar qualquer uma das situações referidas no número anterior, o procedimento em curso é cancelado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 3 – O parecer do médico especialista em psiquiatria é emitido por escrito, datado e assinado pelo próprio e integra o RCE.
- 4 – A avaliação necessária para a elaboração do parecer referido no n.º 1 envolve, sempre que a condição específica do doente assim o exija, a colaboração de um especialista em psicologia clínica.
- 5 – No caso de parecer favorável do médico especialista em psiquiatria, este, acompanhado do médico orientador, deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão consciente e expressa deste ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, o qual integra o RCE.

Artigo 8.º

Parecer da Comissão de Verificação e Avaliação

- 1 – Nos casos em que se apresentem os pareceres favoráveis nos termos dos artigos anteriores, reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador remete cópia do

RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA), prevista no artigo 24.º, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, que é elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis.

- 2 – Quando a CVA tiver dúvidas sobre se estão reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, deve convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários.
- 3 – Em caso de parecer desfavorável da CVA, o procedimento em curso é cancelado, podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se este mantém e reitera a sua vontade, devendo a sua decisão consciente e expressa ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, o qual integra o RCE.

Artigo 9.º

Concretização da decisão do doente

- 1 – Mediante parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, hora, local e método a utilizar para a antecipação da morte.
- 2 – O médico orientador informa e esclarece o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente.
- 3 – A decisão referida no número anterior deve ser consignada por escrito, datada e assinada pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e integrada no RCE, sem prejuízo do disposto no n.º 6 do artigo 3.º.
- 4 – Após a consignação da decisão, o médico orientador remete cópia do RCE respetivo para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), que pode acompanhar presencialmente o procedimento de concretização da decisão do doente.

- 5 – No caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e manter a sua decisão.

Artigo 10.º

Administração dos fármacos letais

- 1 – Além do médico orientador e outro profissional de saúde, obrigatoriamente presentes aquando da administração dos fármacos letais, podem estar presentes outros profissionais de saúde por indicação do médico orientador, assim como pessoas indicadas pelo doente, desde que o médico orientador considere que existem condições clínicas e de conforto adequadas.
- 2 – Imediatamente antes de se iniciar a administração ou autoadministração dos fármacos letais, o médico orientador deve confirmar se o doente mantém a vontade de antecipar a sua morte, na presença de uma ou mais testemunhas, devidamente identificadas no RCE.
- 3 – Caso o doente não confirme expressamente a sua vontade de antecipar a morte, nomeadamente se manifestar qualquer dúvida, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, o que é inscrito em documento escrito, datado e assinado pelo médico orientador, integrando o RCE, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso previsto no número anterior, deve ser entregue ao doente o respetivo RCE, devendo uma cópia ser anexada ao seu processo clínico e outra enviada para a CVA com o respetivo Relatório Final do médico orientador, nos termos do artigo 17.º.

Artigo 11.º

Decisão pessoal e indelegável

- 1 – A decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte é estritamente pessoal e indelegável.
- 2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, caso o doente que solicita a antecipação da morte não saiba ou esteja impossibilitado fisicamente de escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se substituir por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito,

aplicando-se as regras do reconhecimento de assinatura a rogo na presença de profissional legalmente competente, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, e na presença de uma ou mais testemunhas.

- 3 – A pessoa designada pelo doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório.

Artigo 12.º

Revogação

- 1 – A revogação do pedido de antecipar a morte cancela o procedimento clínico em curso, devendo a decisão ser inscrita no RCE pelo médico orientador.
- 2 – Mediante a revogação do pedido é entregue ao doente o respetivo RCE, devendo ser anexada uma cópia ao seu processo clínico com o Relatório Final do médico orientador.

Artigo 13.º

Locais autorizados

- 1 – A escolha do local para a prática da morte medicamente assistida cabe ao doente.
- 2 – O ato de antecipação da morte pode ser praticado nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado.
- 3 – Caso a escolha do doente recaia sobre local diferente dos referidos no número anterior, deve o médico orientador certificar que o mesmo dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito.

Artigo 14.º

Acompanhamento

Além do médico orientador e de outros profissionais de saúde envolvidos no ato de antecipação da morte, podem estar presentes, também para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo 10.º, as pessoas indicadas pelo doente.

Artigo 15.º

Verificação da morte e certificação do óbito

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor, devendo as respetivas cópias ser arquivadas no RCE.

Artigo 16.º

Registo Clínico Especial

- 1- O RCE inicia-se com o pedido de antecipação da morte redigido pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e dele devem constar, entre outros, os seguintes elementos:
 - a) Todas as informações clínicas relativas ao procedimento em curso;
 - b) Os pareceres e relatórios apresentados pelos médicos e outros profissionais de saúde intervenientes no processo;
 - c) O parecer da CVA;
 - d) As decisões do doente sobre a continuação do procedimento ou a revogação do pedido;
 - e) A decisão do doente sobre o método de antecipação da morte;
 - f) Todas as demais ocorrências consideradas relevantes.
- 2- Concluído o procedimento ou cancelado por revogação do pedido do doente, decisão médica ou seguindo parecer da CVA, o RCE é anexado ao Relatório Final, devendo ser anexada uma cópia ao processo clínico do doente.
- 3- O médico orientador é responsável pelo RCE, nele integrando os documentos a que se refere o n.º 1.
- 4- O doente tem acesso ao RCE sempre que o solicite ao médico orientador.
- 5- O modelo de RCE é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

Artigo 17.º

Relatório Final

- 1- O médico orientador elabora, no prazo de 15 dias após a morte, o respetivo Relatório Final, ao qual é anexado o RCE, que remete à CVA e à IGAS.
- 2- A obrigação de apresentação do Relatório Final mantém-se nos casos em que o procedimento é encerrado sem que tenha ocorrido a antecipação da morte do doente, seja por revogação do doente seja por decisão médica ou parecer desfavorável da CVA.
- 3- Do Relatório Final devem constar, entre outros, os seguintes elementos:
 - a) A identificação do doente e dos médicos e outros profissionais intervenientes no processo, incluindo os que praticaram ou ajudaram à antecipação da morte, e das pessoas consultadas durante o procedimento;
 - b) Os elementos que confirmam o cumprimento dos requisitos exigidos pela presente lei para a antecipação da morte;
 - c) A informação sobre o estado clínico, nomeadamente sobre o diagnóstico e prognóstico, com explicitação da natureza grave e incurável da doença ou da condição definitiva e de gravidade extrema da lesão e das características e intensidade previsível do sofrimento;
 - d) O método e os fármacos letais utilizados;
 - e) Data, hora e local onde se praticou a antecipação da morte e a identificação dos presentes;
 - f) Os fundamentos do encerramento do procedimento.
- 4- O modelo de Relatório Final é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

CAPÍTULO III

Direitos e deveres dos profissionais de saúde

Artigo 18.º

Profissionais de saúde habilitados

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

- 2 – Para efeitos da prossecução do ato de antecipação da morte, os profissionais de saúde referidos no número anterior devem verificar previamente a existência de prescrição dos fármacos necessários, efetuada nos termos legais aplicáveis.
- 3 – Aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento de antecipação da morte é disponibilizado, sempre que solicitado, apoio psicológico.

Artigo 19.º

Deveres dos profissionais de saúde

No decurso do procedimento clínico de antecipação da morte, os médicos e outros profissionais de saúde que nele intervêm devem respeitar os seguintes deveres:

- a) Informar o doente de forma objetiva, compreensível, rigorosa, completa e verdadeira sobre o diagnóstico, tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, resultados previsíveis, prognóstico e esperança de vida da sua condição clínica;
- b) Informar o doente sobre o seu direito de revogar a qualquer momento a sua decisão de antecipar a morte;
- c) Informar o doente sobre os métodos de administração ou autoadministração dos fármacos letais para que aquele possa escolher e decidir de forma esclarecida e consciente;
- d) Assegurar que a decisão do doente é livre, esclarecida e informada;
- e) Auscultar com periodicidade e frequência a vontade do doente;
- f) Dialogar com os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente e, se autorizado pelo mesmo, com os seus familiares e amigos;
- g) Falar com o procurador de cuidados de saúde, no caso de ter sido nomeado e se para tal for autorizado pelo doente;
- h) Assegurar as condições para que o doente possa contactar as pessoas com quem o pretenda fazer;
- i) Assegurar o acompanhamento psicológico do doente.

Artigo 20.º

Sigilo profissional e confidencialidade da informação

- 1 – Todos os profissionais que, direta ou indiretamente, participam no procedimento de antecipação da morte estão obrigados a observar sigilo profissional relativamente a

todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções nesse âmbito, respeitando a confidencialidade da informação a que tenham tido acesso, de acordo com a legislação em vigor.

- 2 – O acesso, proteção e tratamento da informação relacionada com o procedimento de antecipação da morte processam-se de acordo com a legislação em vigor.

Artigo 21.º

Objeção de consciência

- 1 – Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte de um doente se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer, sendo assegurado o direito à objeção de consciência a todos os que o invoquem.
- 2 – A recusa do profissional deve ser comunicada ao doente num prazo não superior a 24 horas e deve especificar a natureza das razões que a motivam, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.
- 3 – A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objetor, dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde onde o doente está a ser assistido e o objetor presta serviço, se for o caso, e com cópia à respetiva ordem profissional.
- 4 – A objeção de consciência é válida e aplica-se em todos os estabelecimentos de saúde e locais de trabalho onde o objetor exerça a sua profissão.
- 5 – A objeção de consciência pode ser invocada a todo o tempo e não carece de fundamentação.

Artigo 22.º

Responsabilidade disciplinar

Os profissionais de saúde não podem ser sujeitos a responsabilidade disciplinar pela sua participação no procedimento clínico de antecipação da morte, conquanto cumpram todas as condições e deveres estabelecidos na presente lei.

CAPÍTULO IV

Fiscalização e avaliação

Artigo 23.º

Fiscalização

- 1 – Compete à IGAS a fiscalização dos procedimentos clínicos de antecipação de morte nos termos da presente lei.
- 2 – Em caso de incumprimento da presente lei, a IGAS pode, fundamentadamente, determinar a suspensão ou o cancelamento de procedimento em curso.

Artigo 24.º

Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte

Para cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 8.º e avaliação da aplicação da presente lei, é criada a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA).

Artigo 25.º

Composição e funcionamento da Comissão

- 1– A CVA é composta por cinco personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação da presente lei, designadas da seguinte forma:
 - a) Um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura;
 - b) Um jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público;
 - c) Um médico indicado pela Ordem dos Médicos;
 - d) Um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros;
 - e) Um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- 2– Não podem integrar a CVA os profissionais de saúde, referidos nas alíneas c) e d) do número anterior, que tenham manifestado objeção de consciência nos termos do artigo 21.º.

- 3- O mandato dos membros da CVA é de cinco anos, renovável por um único período.
- 4- A CVA elabora e aprova o seu regulamento interno e elege, de entre os seus membros, um presidente.
- 5- A CVA funciona no âmbito da Assembleia da República, que assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários.
- 6 – Os membros da CVA não são remunerados pelo exercício das suas funções, tendo direito a senhas de presença por cada reunião em que participam de montante a definir por despacho do Presidente da Assembleia da República e, bem assim, a ajudas de custo e a requisições de transporte nos termos da lei geral.

Artigo 26.º

Verificação

- 1 – A CVA avalia a conformidade do procedimento clínico de antecipação da morte, através de parecer prévio, nos termos do artigo 8.º, e através de relatório de avaliação, nos termos do número seguinte.
- 2 – Uma vez recebido o Relatório Final do processo de antecipação da morte, que inclui o respetivo RCE, a CVA examina o seu conteúdo e avalia, no prazo de cinco dias após essa receção, os termos em que as condições e procedimentos estabelecidos na presente lei foram cumpridos.
- 3 – Nos casos em que a deliberação prevista no número anterior seja de desconformidade com os requisitos estabelecidos pela presente lei, a CVA remete o relatório ao Ministério Público para os devidos efeitos e às respetivas ordens dos profissionais envolvidos para efeitos de eventual processo disciplinar.

Artigo 27.º

Avaliação

- 1- A CVA apresenta, anualmente, à Assembleia da República, um relatório de avaliação da aplicação da presente lei, com informação estatística detalhada sobre todos os elementos relevantes dos processos de antecipação da morte e que pode conter recomendações.
- 2- Para elaboração do relatório são avaliados, com garantia de anonimato e confidencialidade, os relatórios finais e respetivos RCE remetidos à CVA pelos

médicos orientadores, que devem prestar todos os esclarecimentos adicionais que esta lhes solicite.

- 3 – A IGAS presta à CVA as informações solicitadas sobre os procedimentos de fiscalização realizados relativamente ao cumprimento da presente lei.

CAPÍTULO V

Alteração legislativa

Artigo 28.º

Alteração ao Código Penal

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

«Artigo 134.º

[...]

1 – [...].

2 – [...].

3 – A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º xx/aaaa.

Artigo 135.º

[...]

1 – [...].

2 – [...].

3 – A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º xx/aaaa.

Artigo 139.º

[...]

1 – (Atual corpo do artigo).

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

CAPÍTULO VI

Disposições finais e transitórias

Artigo 29.º

Seguro de vida

- 1 – Para efeitos do contrato de seguro de vida, a antecipação da morte não é fator de exclusão.
- 2 – Os profissionais de saúde que participam, a qualquer título, no procedimento clínico de antecipação da morte de uma pessoa segura perdem o direito a quaisquer prestações contratualizadas.
- 3 – Para efeitos de definição de causa de morte da pessoa segura, deve constar da certidão de óbito a antecipação da morte.
- 4 – Uma vez iniciado o procedimento clínico de antecipação da morte, a pessoa segura não pode proceder à alteração das cláusulas de designação dos beneficiários.

Artigo 30.º

Sítio da Internet

A Direção-Geral da Saúde disponibiliza, no seu sítio da Internet, uma área destinada a informação sobre a realização da antecipação da morte medicamente assistida não punível, com os seguintes campos:

- a) Informação sobre o procedimento clínico de antecipação da morte;
- b) Formulários e documentos normalizados;
- c) Legislação aplicável.

Artigo 31.º

Regulamentação

O Governo aprova, no prazo máximo de 90 dias após a publicação da presente lei, a respetiva regulamentação.

Artigo 32.º

Disposição transitória

Nos dois primeiros anos de vigência da presente lei, a CVA apresenta semestralmente à Assembleia da República o relatório de avaliação a que se refere o n.º 1 do artigo 27.º.

Artigo 33.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a publicação da respetiva regulamentação.

Assembleia da República, 29 de março de 2022

As Deputadas e os Deputados do Bloco de Esquerda,

Pedro Filipe Soares; Mariana Mortágua; Catarina Martins

Joana Mortágua; José Soeiro



Projeto de Lei n.º 74/XV

Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, e altera o Código Penal

Exposição de Motivos

O processo legislativo que regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível é reiniciado neste projeto-lei após o exercício de veto político pelo Senhor Presidente da República no final da última Legislatura. O referido veto interpela-nos a clarificar o texto então aprovado por larguíssima maioria na Assembleia da República, na medida em que a não uniformização formal de um conceito operativo importante colocaria dúvidas acerca do alcance normativo do diploma.

Assim sendo, não se trata agora de retomar o longuíssimo debate material que atravessou duas legislaturas, debate esse que foi aberto à sociedade com uma profundidade ímpar, mas de corresponder ao sentido do veto do Senhor Presidente da República.

Cabe-nos, assim, reapresentar através deste projeto-lei o texto que resultou do processo de especialidade dos Projetos de Lei n.ºs 104/XIV/1.ª (PS), 168/XIV/1.ª 4/XIV/1.ª (BE), 67/XIV/1.ª (PAN), 168/XIV/1.ª (PEV) e 195/XIV/1.ª (IL), e que, após Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 123/2021, foi alterado em conjunto pelos mesmos Partidos, a partir de uma proposta do Grupo Parlamentar do Partido Socialista, resultando no Decreto objeto do mencionado veto político

Pretende-se, pois, visitar o texto comum com as alterações introduzidas em consequência do Acórdão do Tribunal Constitucional, desta feita corrigindo os aquilo que justificou o veto político do Presidente da República. Os equívocos formais ficam, pois, desfeitos com a uniformização em todos os preceitos do conceito de doença grave e incurável, aproveitando-se para empregar uniformemente, também, o conceito de morte medicamente assistida.

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados e Deputadas do Grupo Parlamentar do Partido Socialista apresentam o seguinte projeto de lei:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei regula as condições especiais em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei, considera-se:

- a) Morte medicamente assistida: morte que ocorre por decisão da própria pessoa, em exercício do seu direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde;
- b) Suicídio medicamente assistido: autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente, sob supervisão médica;
- c) Eutanásia: administração de fármacos letais, pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito;
- d) Doença grave e incurável: doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade;
- e) Lesão definitiva de gravidade extrema: lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa;
- f) Sofrimento de grande intensidade: sofrimento físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade

extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa;

- g) Médico orientador: médico indicado pelo doente que tem a seu cargo coordenar toda a informação e assistência ao doente, sendo o interlocutor principal do mesmo durante todo o processo assistencial, sem prejuízo de outras obrigações que possam caber a outros profissionais;
- h) Médico especialista: médico especialista na patologia que afeta o doente e que não pertence à mesma equipa do médico orientador.

Artigo 3.º

Morte medicamente assistida não punível

- 1– Para efeitos da presente lei, considera-se morte medicamente assistida não punível a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.
- 2– Para efeitos da presente lei, consideram-se legítimos apenas os pedidos de morte medicamente assistida apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional.
- 3– A morte medicamente assistida ocorre em conformidade com a vontade e a decisão da própria pessoa, que se encontre numa das seguintes situações:
 - a) Lesão definitiva de gravidade extrema;
 - b) Doença grave e incurável.
- 4– A morte medicamente assistida pode ocorrer por:
 - a) Suicídio medicamente assistido;
 - b) Eutanásia.
- 5 – O pedido subjacente à decisão prevista no n.º 1 obedece a procedimento clínico e legal, de acordo com o disposto na presente lei.
- 6 – O pedido pode ser livremente revogado a qualquer momento, nos termos do artigo 12.º.

Procedimento

Artigo 4.º

Abertura do procedimento clínico

- 1 – O pedido de abertura do procedimento clínico de morte medicamente assistida é efetuado por pessoa que preenche os requisitos previstos no artigo anterior, doravante designada por doente, em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, a ser integrado em Registo Clínico Especial (RCE) criado para o efeito.
- 2 – O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente como médico orientador.
- 3 – O médico orientador deve obrigatoriamente aceder ao historial clínico do doente e assumi-lo como elemento essencial do seu parecer, emitido nos termos do artigo 5.º.
- 4 – Não são admitidos os pedidos de doentes sujeitos a processo judicial para aplicação do regime do maior acompanhado, enquanto o mesmo se encontrar pendente, sendo o procedimento de morte medicamente assistida imediatamente suspenso quando o processo judicial for instaurado posteriormente à apresentação do pedido e enquanto o mesmo decorra, independentemente da fase em que o procedimento de morte medicamente assistida se encontre.
- 5 – Ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos.

Artigo 5.º

Parecer do médico orientador

- 1– O médico orientador emite parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos no artigo 3.º e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e o respetivo prognóstico, após o que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada.
- 2 – A informação e o parecer prestados pelo médico e a declaração do doente, assinados por ambos, integram o RCE.
- 3 – Se o parecer do médico orientador não for favorável à morte medicamente assistida do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é

informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.

Artigo 6.º

Confirmação por médico especialista

- 1 – Após o parecer favorável do médico orientador, este procede à consulta de outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, cujo parecer confirma ou não que estão reunidas as condições referidas no artigo anterior, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza grave e incurável da doença ou a condição definitiva e de gravidade extrema da lesão.
- 2 – O parecer fundamentado do médico especialista é emitido por escrito, datado e assinado por ele e integra o RCE.
- 3 – Se o parecer do médico especialista não for favorável à morte medicamente assistida do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso de parecer favorável do médico especialista, o médico orientador informa o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e, juntamente com o parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE.
- 5 – Caso o doente padeça de mais do que uma lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, o médico orientador decide qual a especialidade médica a consultar.

Artigo 7.º

Confirmação por médico especialista em psiquiatria

- 1 – É obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, sempre que ocorra uma das seguintes situações:
 - a) O médico orientador e ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a morte medicamente assistida revelando uma vontade séria, livre e esclarecida;

- b) O médico orientador e ou o médico especialista admitam que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões.
- 2 – Se o médico especialista em psiquiatria confirmar qualquer uma das situações referidas no número anterior, o procedimento em curso é cancelado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 3 – O parecer do médico especialista em psiquiatria é emitido por escrito, datado e assinado pelo próprio e integra o RCE.
- 4 – A avaliação necessária para a elaboração do parecer referido no n.º 1 envolve, sempre que a condição específica do doente assim o exija, a colaboração de um especialista em psicologia clínica.
- 5 – No caso de parecer favorável do médico especialista em psiquiatria, este, acompanhado do médico orientador, deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão consciente e expressa deste ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, o qual integra o RCE.

Artigo 8.º

Parecer da Comissão de Verificação e Avaliação

- 1 – Nos casos em que se apresentem os pareceres favoráveis nos termos dos artigos anteriores, reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador remete cópia do RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida (CVA), prevista no artigo 24.º, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, que é elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis.
- 2 – Quando a CVA tiver dúvidas sobre se estão reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, deve convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários.

- 3 – Em caso de parecer desfavorável da CVA, o procedimento em curso é cancelado, podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se este mantém e reitera a sua vontade, devendo a sua decisão consciente e expressa ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, o qual integra o RCE.

Artigo 9.º

Concretização da decisão do doente

- 1 – Mediante parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, hora, local e método a utilizar para prática da morte medicamente assistida.
- 2 – O médico orientador informa e esclarece o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a morte medicamente assistida, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente.
- 3 – A decisão referida no número anterior deve ser consignada por escrito, datada e assinada pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e integrada no RCE, sem prejuízo do disposto no n.º 6 do artigo 3.º.
- 4 – Após a consignação da decisão, o médico orientador remete cópia do RCE respetivo para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), que pode acompanhar presencialmente o procedimento de concretização da decisão do doente.
- 5 – No caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a realização do procedimento de morte medicamente assistida, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão.

Artigo 10.º

Administração dos fármacos letais

- 1 – Além do médico orientador e outro profissional de saúde, obrigatoriamente presentes aquando da administração dos fármacos letais, podem estar presentes outros

- profissionais de saúde por indicação do médico orientador, assim como pessoas indicadas pelo doente, desde que o médico orientador considere que existem condições clínicas e de conforto adequadas.
- 2 – Imediatamente antes de se iniciar a administração ou autoadministração dos fármacos letais, o médico orientador deve confirmar se o doente mantém a vontade de requerer a morte medicamente assistida, na presença de uma ou mais testemunhas, devidamente identificadas no RCE.
 - 3 – Caso o doente não confirme expressamente a sua vontade de requerer a morte assistida, nomeadamente se manifestar qualquer dúvida, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, o que é inscrito em documento escrito, datado e assinado pelo médico orientador, integrando o RCE, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
 - 4 – No caso previsto no número anterior, deve ser entregue ao doente o respetivo RCE, devendo uma cópia ser anexada ao seu processo clínico e outra enviada para a CVA com o respetivo Relatório Final do médico orientador, nos termos do artigo 17.º.

Artigo 11.º

Decisão pessoal e indelegável

- 1 – A decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de morte medicamente assistida é estritamente pessoal e indelegável.
- 2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, caso o doente que solicita a morte medicamente assistida não saiba ou esteja impossibilitado fisicamente de escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se substituir por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito, aplicando-se as regras do reconhecimento de assinatura a rogo na presença de profissional legalmente competente, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, e na presença de uma ou mais testemunhas.
- 3 – A pessoa designada pelo doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório.

Artigo 12.º

Revogação

- 1 – A revogação do pedido de morte medicamente assistida cancela o procedimento clínico em curso, devendo a decisão ser inscrita no RCE pelo médico orientador.
- 2 – Mediante a revogação do pedido é entregue ao doente o respetivo RCE, devendo ser anexada uma cópia ao seu processo clínico com o Relatório Final do médico orientador.

Artigo 13.º

Locais autorizados

- 1 – A escolha do local para a prática da morte medicamente assistida cabe ao doente.
- 2 – O procedimento de morte medicamente assistida pode ser praticado nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado.
- 3 – Caso a escolha do doente recaia sobre local diferente dos referidos no número anterior, deve o médico orientador certificar que o mesmo dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito.

Artigo 14.º

Acompanhamento

Além do médico orientador e de outros profissionais de saúde envolvidos no procedimento de morte medicamente assistida, podem estar presentes, também para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo 10.º, as pessoas indicadas pelo doente.

Artigo 15.º

Verificação da morte e certificação do óbito

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor, devendo as respetivas cópias ser arquivadas no RCE.

Artigo 16.º

Registo Clínico Especial

- 1– O RCE inicia-se com o pedido de morte medicamente assistida redigido pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e dele devem constar, entre outros, os seguintes elementos:
 - a) Todas as informações clínicas relativas ao procedimento em curso;
 - b) Os pareceres e relatórios apresentados pelos médicos e outros profissionais de saúde intervenientes no processo;
 - c) O parecer da CVA;
 - d) As decisões do doente sobre a continuação do procedimento ou a revogação do pedido;
 - e) A decisão do doente sobre o método de morte medicamente assistida;
 - f) Todas as demais ocorrências consideradas relevantes.
- 2– Concluído o procedimento ou cancelado por revogação do pedido do doente, decisão médica ou seguindo parecer da CVA, o RCE é anexado ao Relatório Final, devendo ser anexada uma cópia ao processo clínico do doente.
- 3– O médico orientador é responsável pelo RCE, nele integrando os documentos a que se refere o n.º 1.
- 4– O doente tem acesso ao RCE sempre que o solicite ao médico orientador.
- 5– O modelo de RCE é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

Artigo 17.º

Relatório Final

- 1– O médico orientador elabora, no prazo de 15 dias após a morte, o respetivo Relatório Final, ao qual é anexado o RCE, que remete à CVA e à IGAS.
- 2– A obrigação de apresentação do Relatório Final mantém-se nos casos em que o procedimento é encerrado sem que tenha ocorrido a morte medicamente assistida do doente seja por decisão médica ou parecer desfavorável da CVA.
- 3– Do Relatório Final devem constar, entre outros, os seguintes elementos:

- a) A identificação do doente e dos médicos e outros profissionais intervenientes no processo, incluindo os que praticaram ou ajudaram à morte medicamente assistida, e das pessoas consultadas durante o procedimento;
 - b) Os elementos que confirmam o cumprimento dos requisitos exigidos pela presente lei para a morte medicamente assistida;
 - c) A informação sobre o estado clínico, nomeadamente sobre o diagnóstico e prognóstico, com explicitação da natureza grave e incurável da doença ou da condição definitiva e de gravidade extrema da lesão e das características e intensidade previsível do sofrimento;
 - d) O método e os fármacos letais utilizados;
 - e) Data, hora e local onde se praticou o procedimento de morte medicamente assistida e a identificação dos presentes;
 - f) Os fundamentos do encerramento do procedimento.
- 4- O modelo de Relatório Final é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

CAPÍTULO III

Direitos e deveres dos profissionais de saúde

Artigo 18.º

Profissionais de saúde habilitados

- 1 – Os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Médicos e também os inscritos na Ordem dos Enfermeiros podem praticar ou ajudar no procedimento de morte medicamente assistida, excluindo-se aqueles que possam vir a obter qualquer benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial.
- 2 – Para efeitos da prossecução do ato de morte medicamente assistida, os profissionais de saúde referidos no número anterior devem verificar previamente a existência de prescrição dos fármacos necessários, efetuada nos termos legais aplicáveis.
- 3 – Aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento de morte medicamente assistida é disponibilizado, sempre que solicitado, apoio psicológico.

Artigo 19.º

Deveres dos profissionais de saúde

No decurso do procedimento clínico de morte medicamente assistida, os médicos e outros profissionais de saúde que nele intervêm devem respeitar os seguintes deveres:

- a) Informar o doente de forma objetiva, compreensível, rigorosa, completa e verdadeira sobre o diagnóstico, tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, resultados previsíveis, prognóstico e esperança de vida da sua condição clínica;
- b) Informar o doente sobre o seu direito de revogar a qualquer momento a sua decisão de requerer a morte medicamente assistida;
- c) Informar o doente sobre os métodos de administração ou autoadministração dos fármacos letais para que aquele possa escolher e decidir de forma esclarecida e consciente;
- d) Assegurar que a decisão do doente é livre, esclarecida e informada;
- e) Auscultar com periodicidade e frequência a vontade do doente;
- f) Dialogar com os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente e, se autorizado pelo mesmo, com os seus familiares e amigos;
- g) Falar com o procurador de cuidados de saúde, no caso de ter sido nomeado e se para tal for autorizado pelo doente;
- h) Assegurar as condições para que o doente possa contactar as pessoas com quem o pretenda fazer;
- i) Assegurar o acompanhamento psicológico do doente.

Artigo 20.º

Sigilo profissional e confidencialidade da informação

- 1 – Todos os profissionais que, direta ou indiretamente, participam no procedimento de morte medicamente assistida estão obrigados a observar sigilo profissional relativamente a todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções nesse âmbito, respeitando a confidencialidade da informação a que tenham tido acesso, de acordo com a legislação em vigor.
- 2 – O acesso, proteção e tratamento da informação relacionada com o procedimento de morte medicamente assistida processam-se de acordo com a legislação em vigor.

Artigo 21.º

Objeção de consciência

- 1 – Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de morte medicamente assistida de um doente se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer, sendo assegurado o direito à objeção de consciência a todos os que o invoquem.
- 2 – A recusa do profissional deve ser comunicada ao doente num prazo não superior a 24 horas e deve especificar a natureza das razões que a motivam, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.
- 3 – A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objetor, dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde onde o doente está a ser assistido e o objetor presta serviço, se for o caso, e com cópia à respetiva ordem profissional.
- 4 – A objeção de consciência é válida e aplica-se em todos os estabelecimentos de saúde e locais de trabalho onde o objetor exerça a sua profissão.
- 5 – A objeção de consciência pode ser invocada a todo o tempo e não carece de fundamentação.

Artigo 22.º

Responsabilidade disciplinar

Os profissionais de saúde não podem ser sujeitos a responsabilidade disciplinar pela sua participação no procedimento clínico de morte medicamente assistida, conquanto cumpram todas as condições e deveres estabelecidos na presente lei.

CAPÍTULO IV

Fiscalização e avaliação

Artigo 23.º

Fiscalização

- 1 – Compete à IGAS a fiscalização dos procedimentos clínicos de morte medicamente assistida, nos termos da presente lei.
- 2 – Em caso de incumprimento da presente lei, a IGAS pode, fundamentadamente, determinar a suspensão ou o cancelamento de procedimento em curso.

Artigo 24.º

Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida

Para cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 8.º e avaliação da aplicação da presente lei, é criada a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida (CVA).

Artigo 25.º

Composição e funcionamento da Comissão

- 1- A CVA é composta por cinco personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação da presente lei, designadas da seguinte forma:
 - a) Um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura;
 - b) Um jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público;
 - c) Um médico indicado pela Ordem dos Médicos;
 - d) Um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros;
 - e) Um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- 2- Não podem integrar a CVA os profissionais de saúde, referidos nas alíneas c) e d) do número anterior, que tenham manifestado objeção de consciência nos termos do artigo 21.º.
- 3- O mandato dos membros da CVA é de cinco anos, renovável por um único período.
- 4- A CVA elabora e aprova o seu regulamento interno e elege, de entre os seus membros, um presidente.
- 5- A CVA funciona no âmbito da Assembleia da República, que assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários.
- 6- Os membros da CVA não são remunerados pelo exercício das suas funções, tendo direito a senhas de presença por cada reunião em que participam de montante a definir por despacho do Presidente da Assembleia da República e, bem assim, a ajudas de custo e a requisições de transporte nos termos da lei geral.

Artigo 26.º

Verificação

- 1 – A CVA avalia a conformidade do procedimento clínico de morte medicamente assistida, através de parecer prévio, nos termos do artigo 8.º, e através de relatório de avaliação, nos termos do número seguinte.
- 2 – Uma vez recebido o Relatório Final do processo de morte medicamente assistida, que inclui o respetivo RCE, a CVA examina o seu conteúdo e avalia, no prazo de cinco dias após essa receção, os termos em que as condições e procedimentos estabelecidos na presente lei foram cumpridos.
- 3 – Nos casos em que a deliberação prevista no número anterior seja de desconformidade com os requisitos estabelecidos pela presente lei, a CVA remete o relatório ao Ministério Público para os devidos efeitos e às respetivas ordens dos profissionais envolvidos para efeitos de eventual processo disciplinar.

Artigo 27.º

Avaliação

- 1– A CVA apresenta, anualmente, à Assembleia da República, um relatório de avaliação da aplicação da presente lei, com informação estatística detalhada sobre todos os elementos relevantes dos processos de morte medicamente assistida e que pode conter recomendações.
- 2– Para elaboração do relatório são avaliados, com garantia de anonimato e confidencialidade, os relatórios finais e respetivos RCE remetidos à CVA pelos médicos orientadores, que devem prestar todos os esclarecimentos adicionais que esta lhes solicite.
- 3 – A IGAS presta à CVA as informações solicitadas sobre os procedimentos de fiscalização realizados relativamente ao cumprimento da presente lei.

CAPÍTULO V

Alteração legislativa

Artigo 28.º

Alteração ao Código Penal

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

«Artigo 134.º

[...]

1 – [...].

2 – [...].

3 – A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º __/_____.

Artigo 135.º

[...]

1 – [...].

2 – [...].

3 – A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º __/_____.

Artigo 139.º

[...]

1 – (Atual corpo do artigo).

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

CAPÍTULO VI

Disposições finais e transitórias

Artigo 29.º

Seguro de vida

- 1 – Para efeitos do contrato de seguro de vida, a morte medicamente assistida não é fator de exclusão.
- 2 – Os profissionais de saúde que participam, a qualquer título, no procedimento clínico de morte medicamente assistida de uma pessoa segura perdem o direito a quaisquer prestações contratualizadas.
- 3 – Para efeitos de definição de causa de morte da pessoa segura, deve constar da certidão de óbito a realização de procedimento de morte medicamente assistida.
- 4 – Uma vez iniciado o procedimento clínico de morte medicamente assistida, a pessoa segura não pode proceder à alteração das cláusulas de designação dos beneficiários.

Artigo 30.º

Sítio da Internet

A Direção-Geral da Saúde disponibiliza, no seu sítio da Internet, uma área destinada a informação sobre a morte medicamente assistida não punível, com os seguintes campos:

- a) Informação sobre os procedimentos clínicos;
- b) Formulários e documentos normalizados;
- c) Legislação aplicável.

Artigo 31.º

Regulamentação

O Governo aprova, no prazo máximo de 90 dias após a publicação da presente lei, a respetiva regulamentação.

Artigo 32.º

Disposição transitória

Nos dois primeiros anos de vigência da presente lei, a CVA apresenta semestralmente à Assembleia da República o relatório de avaliação a que se refere o n.º 1 do artigo 27.º.

Artigo 33.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a publicação da respetiva regulamentação.

Palácio de São Bento, 3 de maio de 2022

As Deputadas e os Deputados,

Isabel Moreira

Maria Antónia Almeida Santos

Eurico Brilhante Dias

Alexandre Quintanilha

Pedro Delgado Alves

Miguel Costa Matos

Francisco Rocha

Porfírio Silva

Susana Amador

Alexandra Leitão

Francisco Pereira de Oliveira

Joana Sá Pereira

Rita Borges Madeira

Bruno Aragão

Tiago Barbosa Ribeiro

Miguel Rodrigues

Francisco Dinis

Eduardo Alves

Tiago Soares Monteiro

Eunice Pratas

Pedro Anastácio

Marta Freitas

Alexandra Tavares de Moura

Tiago Estevão Martins

Cristina Mendes da Silva



Projeto de Lei n.º 83/XV/1.^a

Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e procede à alteração do Código Penal

A evolução da ciência e da medicina permite, nos dias de hoje, prolongar a vida para além daquilo que seria imaginável, contribuindo para um aumento da esperança média de vida. De acordo com um Relatório recente da Organização Mundial de Saúde (OMS), Portugal surge com uma esperança média de vida de 81,1 anos, valor e com tendência para crescer.

Apesar dos inúmeros avanços da medicina, existem, porém, ainda muitas doenças ou lesões que permanecem sem cura. Ainda que seja inevitável, parece existir na nossa sociedade um certo receio em discutir questões relacionadas com o fim de vida, tema este cuja complexidade e diferentes sensibilidades se reconhece.

A existência de alta tecnologia na medicina moderna, por possibilitar o aumento do número de anos de vida, coloca novos desafios, como a necessidade de estabelecimento de critérios para uma boa prática clínica numa fase final da vida, de prestação de todos os cuidados médicos que se afigurem necessários e a também a discussão em torno da questão da morte medicamente assistida, em face das contraposições entre a quantidade e a qualidade de vida.

A discussão em torno do tema da morte medicamente assistida teve início na Assembleia da República na XIII Legislatura. A entrada da petição n.º 103/XIII/1.º, que solicitava a despenalização da morte assistida, deu início a um debate intenso no Parlamento, tendo sido, por conseguinte, criado um Grupo de Trabalho para o efeito. A discussão deste tema nos moldes em que se realizou foi de extrema importância, porque, apesar da complexidade e profundidade do mesmo, foi possível, especialmente em sede de Grupo de Trabalho,



debater o tema com seriedade, discutir argumentos e retirar conclusões. A este debate seguiram-se muitos outros, impulsionados por organizações da sociedade civil, contribuindo para um maior esclarecimento dos cidadãos sobre o tema e permitindo-lhe formar a sua opinião de forma consciente.

O PAN sempre mostrou interesse em discutir o tema, facto que constava já do seu programa eleitoral às eleições legislativas de 2015 e motivo pelo qual pugnou pela criação de um Grupo de Trabalho que permitisse o debate na Assembleia da República, no qual teve uma participação ativa. Na XIII Legislatura, apresentámos assim uma iniciativa que visava a despenalização da morte medicamente assistida, a qual foi rejeitada.

Na XIV Legislatura, com o mesmo intuito, apresentámos o Projeto de Lei n.º 67/XIV/1.^a que foi aprovado na generalidade e, após amplo debate e trabalho na especialidade, deu origem a um texto conjunto que agregava iniciativas de diversos partidos. Texto esse que veio a ser aprovado por ampla maioria, com os votos a favor do PS, BE, PAN, PEV, IL e de 14 deputados do PSD, a abstenção de 2 deputados do PS e de 2 deputados do PSD e o voto contra.

Após esta aprovação, o Decreto pela Assembleia da República, foi sujeito, a pedido do Senhor Presidente da República, a fiscalização preventiva da constitucionalidade pelo Tribunal Constitucional. Após a apreciação do mesmo, veio o Tribunal Constitucional, por via do Acórdão n.º 123/2021, declarar inconstitucionais algumas das respetivas normas, dando, posteriormente, origem a um veto nos termos do artigo 279.º, n.º 1, da Constituição.

Na sequência de um trabalho conjunto de diversas forças políticas, a 5 de novembro de 2022, a Assembleia da República aprovou uma proposta de alteração a este Decreto com os votos a favor do PS, BE, PAN, PEV, IL e de 13 deputados do PSD, a abstenção de 2 deputados do PS e de 3 deputados do PSD e o voto contra de 7 deputados do PS, 62 deputados do PSD, do PCP, do CDS-PP e do CH. Contudo, apesar de ter obtido uma maioria expressiva, este decreto foi novamente vetado pelo Senhor Presidente da República.

Por sermos favoráveis à autodeterminação, e no respeito pela autonomia e liberdade, por entendermos que esta matéria já foi profundamente discutida na anterior legislatura e por existir nesta nova legislatura uma maioria política favorável à consagração da não-punibilidade da morte medicamente assistida, decidimos trazer novamente este tema a debate. Acreditamos que esta representa a vontade maioritária da sociedade. Vontade expressamente demonstrada num estudo da Eurosondagem que revelou que 67,4% da população defende a legalização da morte medicamente assistida. Por outro lado, é importante recordar um recente estudo elaborado em colaboração com a secção regional do norte da Ordem dos Médicos, realizado com base na resposta de 1200 médicos, segundo o qual a maioria dos médicos considera que a eutanásia deveria ser legalizada em Portugal, tendo inclusive alguns médicos admitido que já praticaram eutanásia ou suicídio assistido.

Passaremos, então, a apresentar os argumentos e motivos justificativos do presente projeto de lei.

Numa breve definição de morte medicamente assistida, configuramos a mesma como o ato de antecipar a morte que ocorre por decisão da própria pessoa, em exercício do seu direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde, quando não existem quaisquer perspetivas de cura. A morte medicamente assistida pode concretizar-se de duas formas: eutanásia, quando o fármaco letal é administrado por um médico, e suicídio medicamente assistido, quando é o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal, sob a orientação e supervisão de um médico.

Consideramos que desta definição resulta claramente qual o objetivo do recurso à morte medicamente assistida. A motivação não será certamente matar alguém, mas sim permitir a morte medicamente assistida como meio para acabar com a situação de sofrimento irreversível em que alguém se encontra. Acreditamos que a intenção de qualquer doente que pretenda recorrer à morte medicamente assistida, tal como a de qualquer médico que

a pratique, é unicamente a vontade em acabar com o sofrimento em que se encontra, no caso de um paciente que esteja numa situação clínica relativamente à qual não se vislumbra qualquer esperança de melhoria. Assim, sabendo aqueles doentes qual o seu destino, aquilo que no fundo estão a escolher, quando formulam um pedido de morte medicamente assistida, é entre duas formas de morrer, isto é, entre uma morte digna e uma morte decorrente da doença, a qual acabará por ocorrer em situação de sofrimento. Conforme defende Pedro Galvão, filósofo e professor na Universidade de Lisboa, “a morte é um mal comparativo. Não é que estar morto seja intrinsecamente mau (ou bom): a morte, quando é um mal para quem morre, é má por comparação com aquilo que exclui [um futuro com valor]. Acontece que, por vezes, a alternativa à morte não é um futuro valioso. Aquilo que a morte exclui nem sempre é globalmente bom”.

Ora, em causa não está qualquer opção entre a morte e a vida, até porque nos casos em apreço esta última já não tem a configuração que as pessoas consideram que deveria ter. A configuração da vida, numa perspetiva meramente biológica, deixa de fora uma conceção baseada numa fruição plena, de constante construção, como resultado da nossa experiência, das nossas escolhas e das nossas convicções. Não encaramos a vida apenas como algo inato, mas como algo mutável que se transforma ao longo dos anos em virtude do nosso percurso e das nossas crenças.

É inquestionável o direito à vida de qualquer pessoa e o direito a viver de forma condigna. Viver é um direito, mas não uma obrigação. Mas quando a vontade de recorrer à morte medicamente assistida é manifesta e inequívoca, pelas razões já amplamente expendidas, não devemos prolongar a vida a todo o custo, particularmente se esses custos acarretam para a pessoa uma dor e um sofrimento intoleráveis.

A este propósito citamos o artigo “suicídio medicamente ajudado e eutanásia em unidades de cuidados intensivos: um diálogo sobre questões éticas centrais”, publicado pelo Critical Care Medicine, segundo o qual os médicos podem optar por não iniciar ou suspender terapêuticas de suporte vital, mesmo que daí resulte que os doentes morram mais cedo do que, de outro modo, morreriam. Tendo por base a perspetiva médica, refere ainda o artigo

que os médicos estão “obrigados a tratar o sofrimento físico, mesmo que haja uma hipótese de que essa intervenção, para aliviar a dor, possa encurtar a vida”. Se aceitarmos que a vida não precisa de ser prolongada a todo o custo e que a vida pode mesmo ser encurtada (seja involuntariamente seja passivamente), no interesse do seu conforto, então aceitamos implicitamente que o valor da vida não é infinito”.

Como escreve o médico de Gastrenterologia que tem se tem debruçado sobre o tema da morte medicamente assistida, Gilberto Couto, citando Rachels e Dworkin, a nossa vida biológica (enquanto organismos) não tem, para nós, o mesmo valor da nossa vida biográfica (enquanto pessoas). Pelo mesmo motivo, Miguel Real, autor de o "Manifesto em defesa de uma morte livre", apela a que vejamos a vida numa perspetiva de qualidade e não apenas de quantidade.

Posições como as acima referidas invocam o princípio da dignidade da pessoa humana. Conforme ensina José Gomes Canotilho, jurista e professor catedrático da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, a dignidade da pessoa é da pessoa concreta, na sua vida real e quotidiana, não é de um ser ideal e abstrato. É a pessoa, tal como existe, que a ordem jurídica considera irredutível e insubstituível e cujos direitos fundamentais a Constituição da República Portuguesa (CRP) enuncia e protege.

Como refere Luísa Neto, professora de direito constitucional, quando alguém formula um pedido de morte medicamente assistida está no fundo a dizer: quero viver e morrer de outra maneira, sempre por referência ao valor da vida e por respeito à vida. A opção de morrer nestes termos implica não tanto o de escolher morrer, mas mais o de como morrer. O direito a morrer dignamente implica então apenas falar do direito a que não nos impeçam de aceitar com dignidade e responsabilidade a chegada iminente da morte, bem como o direito a que respeitem o nosso direito a viver de tal maneira que possamos preparar-nos para assumir tal morte.

Aqui este princípio aparece ligado ao conceito de autonomia e liberdade individual. Um indivíduo competente e autónomo é livre e responsável pelas suas escolhas. Conforme defendido por John Stuart Mill, ser-se responsável pelas próprias escolhas em vida significa também ser-se livre de poder escolher quando e como morrer.

Neste sentido, subscrevemos o que foi dito pelo constitucionalista Jorge Reis Novais na sua audição na Assembleia da República no Grupo de Trabalho criado para discutir esta matéria. Aquando da sua reflexão sobre o que é o princípio da dignidade da pessoa humana, concluiu que “se nós consideramos que as decisões que a pessoa toma nos domínios vitais da existência humana, o Estado deve proteger a pessoa de interferências de outros e de imposições de outros, ou seja, deve ser reconhecida a cada pessoa que seja competente para formar uma vontade o poder de conformar a sua vida de acordo com as suas próprias concepções; naquelas áreas mais íntimas, naquelas áreas mais vitais da sua existência, não deve ser o Estado a impor uma concepção do mundo, de como deve levar a sua vida. Deve ser a pessoa a definir isso”.

A verdade é que, cada vez mais, a prática médica tem sido caracterizada pela autonomia e liberdade do paciente. Atualmente, a defesa de um modelo paternalista para a atuação médica já não existe. A ideia da autodeterminação veio alterar substancialmente o sentido do ato médico. O paciente deixou de ser um sujeito meramente passivo na relação médico/doente, para passar a ser um sujeito detentor de direitos que, em conjunto com o médico, decide o percurso da sua vida.

Neste sentido, porque estamos numa relação paritária, o médico deve informar o paciente do seu estado de saúde, discutir com ele as opções de tratamento disponíveis e ter em conta a sua vontade sobre o destino a dar à sua vida. Em suma, nas palavras de Luísa Neto “tratar bem não é apenas actuar segundo as regras técnicas da profissão, mas também considerar o doente como um centro de decisão respeitável.”

Não se defende aqui que a vontade do paciente seja absoluta, isto é, que o médico execute sempre o pedido pelo doente, nos exatos termos em que tal é pedido. Aquilo que se defende é que a vontade do paciente seja tida em conta, em todos os momentos, nomeadamente em relação à questão do fim de vida. Ora, as decisões sobre a morte e, em especial, sobre o modo em que esta ocorre, são de extrema importância. Assim, quando uma pessoa, de forma consciente e esclarecida, define as condições que quer para a sua morte, tal vontade deve ser valorada e não liminarmente ignorada, como ocorre atualmente.

A este propósito sufragamos a posição de Jorge Reis Novais, transmitida no Grupo de Trabalho já mencionado, que inclusive defendeu que a situação atual, de não atender à vontade da pessoa, é inconstitucional. Tendo defendido, a propósito da apreciação da margem do legislador para intervir nesta matéria, a existência de um mínimo e de um máximo, dando a Constituição grande margem de manobra ao legislador desde que respeitados estes limites, argumentou no seguinte sentido: “uma situação de proibição total de atender à vontade da pessoa, que é aquela que existe hoje, que essa situação é proibida pela Constituição, ou seja, tenderia a dizer que a situação atual é inconstitucional. Isto é, quando penaliza em todas e quaisquer circunstâncias, não poderia fazê-lo. Não poderia fazê-lo porque a Constituição de Estado de Direito, uma Constituição apoiada na dignidade da pessoa humana, tem de reconhecer a vontade da pessoa decidir para as questões mais decisivas e mais íntimas da sua vida, onde eu incluo também as decisões, em alguma medida, sobre as condições da sua própria morte. Na medida em que a lei atual não dá a mínima possibilidade, portanto é uma proibição total e absoluta, a meu ver tenderia a considerar que este limite está ultrapassado, ou seja, este limite constitucional de atender, em alguma medida, à autonomia da pessoa não está a ser respeitado”.

Para além da posição assumida por Jorge Reis Novais, vários outros constitucionalistas defendem que uma lei que permita a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido não é inconstitucional, nomeadamente Luísa Neto, Teresa Beleza e Faria Costa.

A discussão sobre uma eventual inconstitucionalidade resulta de poder estar em causa uma violação do artigo 24.º da CRP. Ora, tal interpretação apenas é possível se se entender que aquele artigo, ao estabelecer que a “vida humana é inviolável”, interdita qualquer violação do direito à vida, independentemente do tipo de agressão em causa.

Todavia, ainda que se diga que a vida humana é inviolável ou que o direito à vida é um direito absoluto, tal consideração, do ponto de vista estritamente jurídico, não é verdadeira. A admissibilidade de situações como a possibilidade de matar em legítima defesa demonstram tal facto. O direito à vida, ainda que tendencialmente absoluto, não tem, atualmente, a configuração de um direito absoluto.

Facilmente se compreende que aquilo que deve ser garantido pelo Estado é que a pessoa que toma a decisão é competente para o fazer e que o faz de forma livre, isto é, sem qualquer coação ou interferência de terceiros. O Estado deve assim criar mecanismos que permitam aferir se a vontade manifestada por determinada pessoa corresponde à sua vontade real, ou seja, se a pessoa está lúcida e consciente.

Todavia, tem sido defendido que a despenalização da morte medicamente assistida introduzirá a ideia de que há vidas que são dignas de serem vividas e outras indignas de serem vividas. Não compreendemos este argumento. Todas as vidas são dignas, independentemente do seu grau de autonomia ou de dependência, independentemente de se tratar de alguém interdito por anomalia psíquica ou com plena consciência. A única coisa que difere são as obrigações do Estado, porquanto o mesmo tem o dever de aferir se a pessoa está em condições de formular a sua vontade, de forma consciente e lúcida, uma vez que, caso não esteja, o acesso à morte medicamente assistida não é possível.

Outros argumentos têm sido apresentados contra a despenalização da morte medicamente assistida, em especial a existência de cuidados paliativos e o argumento da “encosta escorregadia ou rampa deslizante”. No entanto, o PAN entende que a despenalização da

morte medicamente assistida não exclui nem conflitua com os cuidados paliativos, nem tão pouco se pode confundir com o direito de acesso aos mesmos. Estes são, aliás, de enorme importância, devendo, por isso, ser valorizados e continuamente reforçados. Mas a verdade é que os cuidados paliativos não eliminam por completo o sofrimento em todos os doentes, nem impedem por inteiro a degradação física e psicológica dos casos considerados para efeitos do objetivo da presente lei, porque nem todo o sofrimento é, infelizmente, tratável. Para além disto, os efeitos associados a estes tratamentos, nomeadamente náuseas e alterações de consciência, podem comprometer a autonomia e a qualidade de vida dos pacientes.

É verdade que ainda há muito a fazer para a melhoria da qualidade e da acessibilidade dos cuidados paliativos em Portugal. No entanto, isso não significa que apenas se possa permitir a morte medicamente assistida quando tivermos melhores cuidados paliativos, até porque não é isso que está em causa. A vontade destes doentes deve ser respeitada e o Estado deve ter uma resposta alternativa para aqueles que sofrem. Sendo inequívoco que mesmo num contexto de recurso à morte medicamente assistida os cuidados paliativos devem ser prestados, tal como devem ser todos os demais direitos do doente assegurados.

Mais, não entramos em discussões alarmistas relacionadas com o argumento da “rampa deslizante”, nos termos do qual a aprovação da morte medicamente assistida abriria caminho para aprovação de formas de eutanásia involuntária. A morte assistida destina-se a doentes conscientes, lúcidos e cuja vontade foi manifestamente expressa, motivo pelo qual esta é sempre a pedido do paciente.

Desde que se assegure o cumprimento desta regra, não cremos que existirão abusos. Ainda assim, a possibilidade de existência de eventuais abusos não pode impedir o legislador de legislar sobre determinadas matérias. Tais riscos obrigarão outrossim o legislador a ser mais cauteloso, devendo estabelecer mecanismos claros e exigentes de fiscalização e fazer um acompanhamento constante da aplicação da lei, de forma a fazer os ajustes que sejam necessários. Como bem escreve Gilberto Couto, “o respeito pela autonomia e liberdade de

um doente, assumido na permissão da morte assistida, não deve ser posto em causa pela incapacidade do Estado em fazer o seu papel, que é impedir os abusos”.

Este argumento da “rampa deslizante” tem sido, porém, utilizado para descrever a experiência da morte medicamente assistida nos países que a despenalizaram. No entanto, olhando para a prática, tal argumento é desprovido de sentido ou factualidade. Em termos de Direito Comparado, o número de mortes por eutanásia ou suicídio assistido não são alarmantes, como se tem defendido.

De acordo com a avaliação de 2016 dos sistemas de saúde, a Holanda é o país com melhor classificação no ranking internacional, numa avaliação de 35 países europeus. Olhando para a avaliação de outros países que despenalizaram a morte medicamente assistida, veremos que a Suíça se encontra no 2.º lugar, a Bélgica no 4.º lugar e o Luxemburgo no 6.º lugar. Tal comprova que os países que a despenalizaram são países evoluídos, que prestam bons cuidados de saúde, nomeadamente a nível dos cuidados paliativos, e oferecem aos seus pacientes todas as alternativas possíveis. Neste sentido, Portugal, que se encontra no 14.º lugar do ranking, deve olhar para estes países como exemplos a seguir.

A respeito da diferença entre eutanásia ativa e eutanásia passiva, a justiça canadiana defendeu que desde que o doente tenha dado indicação de que pretende a morte medicamente assistida e que “possa dar o seu consentimento informado, não interessa se a assistência do médico é passiva ou ativa, porque a dignidade e a autonomia do doente são quem manda, em qualquer dos casos”.

Assim, para além dos casos de suspensão de tratamento, é permitido aos médicos, por exemplo, administrar morfina a um doente para aliviar a sua dor, ainda que, de tal ato, possa resultar a morte. Esta possibilidade, conhecida por teoria do duplo efeito, demonstra que a diferença entre a “morte permitida” e a “morte não permitida” não é assim tão vinculada. De acordo com esta teoria, basta que o médico diga que agiu com a intenção de

aliviar o sofrimento, para que esta morte seja considerada permitida. Contudo, será possível discernir efetivamente qual a intenção do médico? Conseguiremos afirmar seguramente que a intenção do médico é aliviar a dor e não antecipar a morte? Entendemos que não. A intenção do médico nem sempre é fácil definir. Por este motivo, ainda que reconheçamos a diferença entre as duas atitudes, certamente que esta não é suficientemente grande que justifique a proibição de uma e a permissão de outra, isto é, que proíba a eutanásia ativa e admita a eutanásia passiva.

Em Portugal, vários foram os avanços no sentido de reconhecer aos pacientes uma maior autonomia. É hoje aceite que o doente recuse a administração de determinado tratamento, ainda que de tal recusa resulte a morte. Importantes contributos nesta matéria foram dados pela Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade, em matéria de cuidados de saúde, designadamente sobre a forma de testamento vital, e que permite a nomeação de procurador de cuidados de saúde. Enquanto importante instrumento de reconhecimento da autonomia do doente, esta figura veio prever a possibilidade de qualquer cidadão maior de idade - desde que não se encontre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica e que se encontre capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido - poder subscrever um "documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio", no qual "manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente".

Não obstante os passos importantes que têm sido dados, em Portugal não é ainda permitida a morte medicamente assistida. É nosso parecer que tal, por não ser permitido em qualquer circunstância, limita excessivamente a autonomia e a liberdade individuais. Pretendemos então, com o presente projeto, proceder à regulamentação da morte medicamente assistida em Portugal, tanto na vertente de eutanásia como de suicídio medicamente assistido, de forma a admiti-la, verificadas determinadas circunstâncias.

Assim, o paciente tem de ser portador de uma doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou estar em situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva. Precisa de ser competente e estar consciente e lúcido quando formula o seu pedido e quando o reitera, devendo tal pedido ser reiterado ao longo de todo o processo. Para além disso, o pedido deve ser apresentado pelo próprio, por escrito, de forma livre e voluntária, após um processo de adequada informação prestada pelo médico e de livre reflexão, não motivado ou influenciado por qualquer pressão ou coação exterior. Desta forma, entendemos que devem estar excluídos do seu âmbito de aplicação os menores, as pessoas interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica, bem como aquelas que padeçam de uma doença do foro mental. Para além disso, aquele que formula o pedido deverá ter nacionalidade portuguesa ou residir legalmente em Portugal.

Na sequência da formulação do pedido, este deverá ser analisado por uma equipa multidisciplinar, composta por médicos a quem o paciente faz o pedido, médico especialista na patologia do paciente e por um médico psiquiatra. O procedimento é exigente e para que o pedido seja aceite é necessário o parecer favorável dos três médicos envolvidos no processo.

Para além disso, pretende-se criar a Comissão de Verificação e Avaliação. Esta exerce essencialmente uma função de fiscalização e de controlo, competindo-lhe emitir parecer prévio sobre o cumprimento dos requisitos legais e, posteriormente, receber e analisar os processos de morte medicamente assistida praticados, para aferir do cumprimento da legislação. Para além disso, exerce importantes competências ao nível do acompanhamento da aplicação da lei, emissão de pareceres sobre a matéria e elaboração de relatórios sobre a sua atividade, podendo ainda formular recomendações à Assembleia da República ou ao Governo.

Creemos que o presente projeto, por prever elevados mecanismos de controlo, quer seja pela obrigatoriedade de parecer favorável de diversos médicos, quer seja pela criação de uma Comissão que analisará, em momento prévio e após a morte, o cumprimento dos requisitos legais, evitará situações de abuso, por possuir um elevado grau de escrutínio e de monitorização.

Pela exclusão de doentes com problemas mentais, pela exigência de consulta de médicos de diferentes áreas, pela obrigatoriedade de um pedido reiterado e por apenas admitir o acesso à morte medicamente assistida aos doentes com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou a doentes em situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva, e, ainda assim, nestes casos, obrigar o médico a discutir com o paciente outras possibilidades terapêuticas ainda disponíveis, assim como as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos e as suas consequências e impactos na vida do paciente, o presente projeto de lei tem em vista garantir que o pedido de morte medicamente assistida não é uma precipitação e que resulta efetivamente da vontade do paciente.

Importa ainda acrescentar que a morte medicamente assistida é pedida pelo doente e não sugerida pelo médico. Neste sentido, a publicidade a uma lei que possibilite a morte medicamente assistida deverá ser mínima, bastando que o doente tenha conhecimento da lei e que o médico só fale desta possibilidade quando diretamente interpelado pelo doente para tal. Mais, o presente projeto não obriga ninguém a formular um pedido de morte medicamente assistida, nem ninguém deverá ser submetido a ela contra a sua vontade, destinando-se apenas àqueles que o pedirem, sendo unilateralmente e a todo o tempo passível a revogação do pedido.

Face ao exposto, vemos a despenalização e regulamentação em Portugal da morte medicamente assistida como uma expressão concreta dos direitos individuais à autonomia

e à liberdade de convicção e de consciência. Assim, e ainda que os direitos individuais no domínio da autodeterminação da pessoa doente tenham vindo a ser progressivamente reconhecidos – nomeadamente o reforço do consentimento informado, do direito de aceitação ou a recusa de tratamento, da condenação da obstinação terapêutica e das diretivas antecipadas de vontade –, vemos a possibilidade de acesso à morte medicamente assistida como mais um passo importante e necessário no reconhecimento daqueles direitos.

Nestes termos, a abaixo assinada Deputada Única do partido PAN, ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, apresenta o seguinte Projeto de Lei:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei regula as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei, considera-se:

- a) Morte medicamente assistida, morte que ocorre por decisão da própria pessoa, em exercício do seu direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde;

- b) Suicídio medicamente assistido, autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente, sob supervisão médica;
- c) Eutanásia, administração de fármacos letais, pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito;
- d) Doença grave ou incurável, doença grave que ameace a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade;
- e) Lesão definitiva de gravidade extrema, lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa;
- f) Sofrimento, sofrimento físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave ou incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa;
- g) Médico orientador, médico indicado pelo doente que tem a seu cargo coordenar toda a informação e assistência ao doente, sendo o interlocutor principal do mesmo durante todo o processo assistencial, sem prejuízo de outras obrigações que possam caber a outros profissionais;
- h) Médico especialista, médico especialista na patologia que afeta o doente e que não pertence à mesma equipa do médico orientador.

Artigo 3.º

Antecipação da morte medicamente assistida não punível

- 1– Para efeitos da presente lei, considera-se morte medicamente assistida não punível a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada,

séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema ou doença incurável, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.

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

3- A morte medicamente assistida ocorre em conformidade com a vontade e a decisão da própria pessoa, que se encontre numa das seguintes situações:

- a) Lesão definitiva de gravidade extrema;
- b) Doença grave ou incurável.

4- A morte medicamente assistida pode ocorrer por:

- a) Suicídio medicamente assistido;
- b) Eutanásia.

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

6 – O pedido pode ser livremente revogado a qualquer momento, nos termos do artigo 12.º.

CAPÍTULO II

Procedimento

Artigo 4.º

Abertura do procedimento clínico

1 – O pedido de abertura do procedimento clínico de antecipação da morte é efetuado por pessoa que preenche os requisitos previstos no artigo anterior, doravante designada por doente, em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, a ser integrado em Registo Clínico Especial (RCE) criado para o efeito.

- 2 – O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente como médico orientador.
- 3 – O médico orientador deve obrigatoriamente aceder ao historial clínico do doente e assumi-lo como elemento essencial do seu parecer, emitido nos termos do artigo 5.º.
- 4 – Não são admitidos os pedidos de doentes sujeitos a processo judicial para aplicação do regime do maior acompanhado, enquanto o mesmo se encontrar pendente, sendo o procedimento de antecipação da morte imediatamente suspenso quando o processo judicial for instaurado posteriormente à apresentação do pedido e enquanto o mesmo decorra, independentemente da fase em que o procedimento de antecipação da morte se encontre.
- 5 – Ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos.

Artigo 5.º

Parecer do médico orientador

- 1– O médico orientador emite parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos no artigo 3.º e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e o respetivo prognóstico, após o que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada.
- 2 – A informação e o parecer prestados pelo médico e a declaração do doente, assinados por ambos, integram o RCE.
- 3 – Se o parecer do médico orientador não for favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.

Artigo 6.º

Confirmação por médico especialista

- 1 – Após o parecer favorável do médico orientador, este procede à consulta de outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, cujo parecer confirma ou não que estão reunidas as condições referidas no artigo anterior, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza incurável da doença ou a condição definitiva da lesão.
- 2 – O parecer fundamentado do médico especialista é emitido por escrito, datado e assinado por ele e integra o RCE.
- 3 – Se o parecer do médico especialista não for favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso de parecer favorável do médico especialista, o médico orientador informa o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e, juntamente com o parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE.
- 5 – Caso o doente padeça de mais do que uma lesão definitiva ou doença incurável, o médico orientador decide qual a especialidade médica a consultar.

Artigo 7.º

Confirmação por médico especialista em psiquiatria

- 1 – É obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, sempre que ocorra uma das seguintes situações:

- a) O médico orientador e ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte revelando uma vontade séria, livre e esclarecida;
 - b) O médico orientador e ou o médico especialista admitam que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões.
- 2 – Se o médico especialista em psiquiatria confirmar qualquer uma das situações referidas no número anterior, o procedimento em curso é cancelado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
 - 3 – O parecer do médico especialista em psiquiatria é emitido por escrito, datado e assinado pelo próprio e integra o RCE.
 - 4 – A avaliação necessária para a elaboração do parecer referido no n.º 1 envolve, sempre que a condição específica do doente assim o exija, a colaboração de um especialista em psicologia clínica.
 - 5 – No caso de parecer favorável do médico especialista em psiquiatria, este, acompanhado do médico orientador, deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão consciente e expressa deste ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, o qual integra o RCE.

Artigo 8.º

Parecer da Comissão de Verificação e Avaliação

- 1 – Nos casos em que se apresentem os pareceres favoráveis nos termos dos artigos anteriores, reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador remete cópia do RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA), prevista no artigo 24.º, solicitando parecer sobre o

cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, que é elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis.

- 2 – Quando a CVA tiver dúvidas sobre se estão reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, deve convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários.
- 3 – Em caso de parecer desfavorável da CVA, o procedimento em curso é cancelado, podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se este mantém e reitera a sua vontade, devendo a sua decisão consciente e expressa ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, o qual integra o RCE.

Artigo 9.º

Concretização da decisão do doente

- 1 – Mediante parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, hora, local e método a utilizar para a antecipação da morte.
- 2 – O médico orientador informa e esclarece o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente.
- 3 – A decisão referida no número anterior deve ser consignada por escrito, datada e assinada pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e integrada no RCE, sem prejuízo do disposto no n.º 6 do artigo 3.º.

- 4 – Após a consignação da decisão, o médico orientador remete cópia do RCE respetivo para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), que pode acompanhar presencialmente o procedimento de concretização da decisão do doente.
- 5 – No caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão.

Artigo 10.º

Administração dos fármacos letais

- 1 – Além do médico orientador e outro profissional de saúde, obrigatoriamente presentes aquando da administração dos fármacos letais, podem estar presentes outros profissionais de saúde por indicação do médico orientador, assim como pessoas indicadas pelo doente, desde que o médico orientador considere que existem condições clínicas e de conforto adequadas.
- 2 – Imediatamente antes de se iniciar a administração ou autoadministração dos fármacos letais, o médico orientador deve confirmar se o doente mantém a vontade de antecipar a sua morte, na presença de uma ou mais testemunhas, devidamente identificadas no RCE.
- 3 – Caso o doente não confirme expressamente a sua vontade de antecipar a morte, nomeadamente se manifestar qualquer dúvida, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, o que é inscrito em documento escrito, datado e assinado pelo médico orientador, integrando o RCE, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso previsto no número anterior, deve ser entregue ao doente o respetivo RCE, devendo uma cópia ser anexada ao seu processo clínico e outra enviada para a CVA com o respetivo Relatório Final do médico orientador, nos termos do artigo 17.º.

Artigo 11.º

Decisão pessoal e indelegável

- 1 – A decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte é estritamente pessoal e indelegável.
- 2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, caso o doente que solicita a antecipação da morte não saiba ou esteja impossibilitado fisicamente de escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se substituir por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito, aplicando-se as regras do reconhecimento de assinatura a rogo na presença de profissional legalmente competente, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, e na presença de uma ou mais testemunhas.
- 3 – A pessoa designada pelo doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório.

Artigo 12.º

Revogação

- 1 – A revogação do pedido de antecipar a morte cancela o procedimento clínico em curso, devendo a decisão ser inscrita no RCE pelo médico orientador.
- 2 – Mediante a revogação do pedido é entregue ao doente o respetivo RCE, devendo ser anexada uma cópia ao seu processo clínico com o Relatório Final do médico orientador.

Artigo 13.º

Locais autorizados

- 1 – A escolha do local para a prática da morte medicamente assistida cabe ao doente.

- 2 – O ato de antecipação da morte pode ser praticado nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado.
- 3 – Caso a escolha do doente recaia sobre local diferente dos referidos no número anterior, deve o médico orientador certificar que o mesmo dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito.

Artigo 14.º

Acompanhamento

Além do médico orientador e de outros profissionais de saúde envolvidos no ato de antecipação da morte, podem estar presentes, também para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo 10.º, as pessoas indicadas pelo doente.

Artigo 15.º

Verificação da morte e certificação do óbito

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor, devendo as respetivas cópias ser arquivadas no RCE.

Artigo 16.º

Registo Clínico Especial

- 1– O RCE inicia-se com o pedido de antecipação da morte redigido pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e dele devem constar, entre outros, os seguintes elementos:
 - a) Todas as informações clínicas relativas ao procedimento em curso;

- b) Os pareceres e relatórios apresentados pelos médicos e outros profissionais de saúde intervenientes no processo;
 - c) O parecer da CVA;
 - d) As decisões do doente sobre a continuação do procedimento ou a revogação do pedido;
 - e) A decisão do doente sobre o método de antecipação da morte;
 - f) Todas as demais ocorrências consideradas relevantes.
- 2- Concluído o procedimento ou cancelado por revogação do pedido do doente, decisão médica ou seguindo parecer da CVA, o RCE é anexado ao Relatório Final, devendo ser anexada uma cópia ao processo clínico do doente.
- 3- O médico orientador é responsável pelo RCE, nele integrando os documentos a que se refere o n.º 1.
- 4- O doente tem acesso ao RCE sempre que o solicite ao médico orientador.
- 5- O modelo de RCE é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

Artigo 17.º

Relatório Final

- 1- O médico orientador elabora, no prazo de 15 dias após a morte, o respetivo Relatório Final, ao qual é anexado o RCE, que remete à CVA e à IGAS.
- 2- A obrigação de apresentação do Relatório Final mantém-se nos casos em que o procedimento é encerrado sem que tenha ocorrido a antecipação da morte do doente, seja por revogação do doente seja por decisão médica ou parecer desfavorável da CVA.
- 3- Do Relatório Final devem constar, entre outros, os seguintes elementos:
- a) A identificação do doente e dos médicos e outros profissionais intervenientes no processo, incluindo os que praticaram ou ajudaram à antecipação da morte, e das pessoas consultadas durante o procedimento;

- b) Os elementos que confirmam o cumprimento dos requisitos exigidos pela presente lei para a antecipação da morte;
 - c) A informação sobre o estado clínico, nomeadamente sobre o diagnóstico e prognóstico, com explicitação da natureza incurável da doença ou da condição definitiva da lesão e das características e intensidade previsível do sofrimento;
 - d) O método e os fármacos letais utilizados;
 - e) Data, hora e local onde se praticou a antecipação da morte e a identificação dos presentes;
 - f) Os fundamentos do encerramento do procedimento.
- 4- O modelo de Relatório Final é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

CAPÍTULO III

Direitos e deveres dos profissionais de saúde

Artigo 18.º

Profissionais de saúde habilitados

- 1 – Os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Médicos e também os inscritos na Ordem dos Enfermeiros podem praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte, excluindo-se aqueles que possam vir a obter qualquer benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial.
- 2 – Para efeitos da prossecução do ato de antecipação da morte, os profissionais de saúde referidos no número anterior devem verificar previamente a existência de prescrição dos fármacos necessários, efetuada nos termos legais aplicáveis.
- 3 – Aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento de antecipação da morte é disponibilizado, sempre que solicitado, apoio psicológico.

Artigo 19.º

Deveres dos profissionais de saúde

No decurso do procedimento clínico de antecipação da morte, os médicos e outros profissionais de saúde que nele intervêm devem respeitar os seguintes deveres:

- a) Informar o doente de forma objetiva, compreensível, rigorosa, completa e verdadeira sobre o diagnóstico, tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, resultados previsíveis, prognóstico e esperança de vida da sua condição clínica;
- b) Informar o doente sobre o seu direito de revogar a qualquer momento a sua decisão de antecipar a morte;
- c) Informar o doente sobre os métodos de administração ou autoadministração dos fármacos letais para que aquele possa escolher e decidir de forma esclarecida e consciente;
- d) Assegurar que a decisão do doente é livre, esclarecida e informada;
- e) Auscultar com periodicidade e frequência a vontade do doente;
- f) Dialogar com os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente e, se autorizado pelo mesmo, com os seus familiares e amigos;
- g) Falar com o procurador de cuidados de saúde, no caso de ter sido nomeado e se para tal for autorizado pelo doente;
- h) Assegurar as condições para que o doente possa contactar as pessoas com quem o pretenda fazer;
- i) Assegurar o acompanhamento psicológico do doente.

Artigo 20.º

Sigilo profissional e confidencialidade da informação

- 1 – Todos os profissionais que, direta ou indiretamente, participam no procedimento de antecipação da morte estão obrigados a observar sigilo profissional relativamente a todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das

suas funções nesse âmbito, respeitando a confidencialidade da informação a que tenham tido acesso, de acordo com a legislação em vigor.

- 2 – O acesso, proteção e tratamento da informação relacionada com o procedimento de antecipação da morte processam-se de acordo com a legislação em vigor.

Artigo 21.º

Objecção de consciência

- 1 – Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte de um doente se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer, sendo assegurado o direito à objecção de consciência a todos os que o invoquem.
- 2 – A recusa do profissional deve ser comunicada ao doente num prazo não superior a 24 horas e deve especificar a natureza das razões que a motivam, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.
- 3 – A objecção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objetor, dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde onde o doente está a ser assistido e o objetor presta serviço, se for o caso, e com cópia à respetiva ordem profissional.
- 4 – A objecção de consciência é válida e aplica-se em todos os estabelecimentos de saúde e locais de trabalho onde o objetor exerça a sua profissão.
- 5 – A objecção de consciência pode ser invocada a todo o tempo e não carece de fundamentação.

Artigo 22.º

Responsabilidade disciplinar

Os profissionais de saúde não podem ser sujeitos a responsabilidade disciplinar pela sua participação no procedimento clínico de antecipação da morte, conquanto cumpram todas as condições e deveres legalmente estabelecidos, nomeadamente previstos na presente lei.

CAPÍTULO IV

Fiscalização e avaliação

Artigo 23.º

Fiscalização

- 1 – Compete à IGAS a fiscalização dos procedimentos clínicos de antecipação de morte nos termos da presente lei.
- 2 – Em caso de incumprimento da presente lei, a IGAS pode, fundamentadamente, determinar a suspensão ou o cancelamento de procedimento em curso.

Artigo 24.º

Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte

Para cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 8.º e avaliação da aplicação da presente lei, é criada a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA).

Artigo 25.º

Composição e funcionamento da Comissão

- 1– A CVA é composta por cinco personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação da presente lei, designadas da seguinte forma:
 - a) Um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura;
 - b) Um jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público;
 - c) Um médico indicado pela Ordem dos Médicos;
 - d) Um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros;
 - e) Um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- 2– Não podem integrar a CVA os profissionais de saúde, referidos nas alíneas c) e d) do número anterior, que tenham manifestado objeção de consciência nos termos do artigo 21.º.
- 3– O mandato dos membros da CVA é de cinco anos, renovável por um único período.
- 4– A CVA elabora e aprova o seu regulamento interno e elege, de entre os seus membros, um presidente.
- 5– A CVA funciona no âmbito da Assembleia da República, que assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários.
- 6 – Os membros da CVA não são remunerados pelo exercício das suas funções, tendo direito a senhas de presença por cada reunião em que participam de montante a definir por despacho do Presidente da Assembleia da República e, bem assim, a ajudas de custo e a requisições de transporte nos termos da lei geral.

Artigo 26.º

Verificação

- 1 – A CVA avalia a conformidade do procedimento clínico de antecipação da morte, através de parecer prévio, nos termos do artigo 8.º, e através de relatório de avaliação, nos termos do número seguinte.

- 2 – Uma vez recebido o Relatório Final do processo de antecipação da morte, que inclui o respetivo RCE, a CVA examina o seu conteúdo e avalia, no prazo de cinco dias após essa receção, os termos em que as condições e procedimentos estabelecidos na presente lei foram cumpridos.
- 3 – Nos casos em que a deliberação prevista no número anterior seja de desconformidade com os requisitos estabelecidos pela presente lei, a CVA remete o relatório ao Ministério Público para os devidos efeitos e às respetivas ordens dos profissionais envolvidos para efeitos de eventual processo disciplinar.

Artigo 27.º

Avaliação

- 1– A CVA apresenta, anualmente, à Assembleia da República, um relatório de avaliação da aplicação da presente lei, com informação estatística detalhada sobre todos os elementos relevantes dos processos de antecipação da morte e que pode conter recomendações.
- 2– Para elaboração do relatório são avaliados, com garantia de anonimato e confidencialidade, os relatórios finais e respetivos RCE remetidos à CVA pelos médicos orientadores, que devem prestar todos os esclarecimentos adicionais que esta lhes solicite.
- 3 – A IGAS presta à CVA as informações solicitadas sobre os procedimentos de fiscalização realizados relativamente ao cumprimento da presente lei.

CAPÍTULO V

Alteração legislativa

Artigo 28.º

Alteração ao Código Penal

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

«Artigo 134.º

[...]

1 – [...].

2 – [...].

3 – A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º __/____.

Artigo 135.º

[...]

1 – [...].

2 – [...].

3 – A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º __/____.

Artigo 139.º

[...]

1 – (Atual corpo do artigo).

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

CAPÍTULO VI

Disposições finais e transitórias

Artigo 29.º

Seguro de vida

- 1 – Para efeitos do contrato de seguro de vida, a antecipação da morte não é fator de exclusão.
- 2 – Os profissionais de saúde que participam, a qualquer título, no procedimento clínico de antecipação da morte de uma pessoa segura perdem o direito a quaisquer prestações contratualizadas.
- 3 – Para efeitos de definição de causa de morte da pessoa segura, deve constar da certidão de óbito a antecipação da morte.
- 4 – Uma vez iniciado o procedimento clínico de antecipação da morte, a pessoa segura não pode proceder à alteração das cláusulas de designação dos beneficiários.

Artigo 30.º

Sítio da Internet

A Direção-Geral da Saúde disponibiliza, no seu sítio da Internet, uma área destinada a informação sobre a realização da antecipação da morte medicamente assistida não punível, com os seguintes campos:

- a) Informação sobre o procedimento clínico de antecipação da morte;
- b) Formulários e documentos normalizados;
- c) Legislação aplicável.



Artigo 31.º

Regulamentação

O Governo aprova, no prazo máximo de 90 dias após a publicação da presente lei, a respetiva regulamentação.

Artigo 32.º

Disposição transitória

Nos dois primeiros anos de vigência da presente lei, a CVA apresenta semestralmente à Assembleia da República o relatório de avaliação a que se refere o n.º 1 do artigo 27.º.

Artigo 33.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a publicação da respetiva regulamentação.

Assembleia da República, Palácio de São Bento, 19 de maio de 2022

A Deputada,

Inês de Sousa Real



Projeto de Lei n.º 111/XV/1.^a

REGULA AS CONDIÇÕES EM QUE A MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA NÃO É PUNÍVEL E
ALTERA O CÓDIGO PENAL

A Iniciativa Liberal nasceu para defender intransigentemente o direito de cada cidadão “pensar o que quiser, de exprimir o que pensa como quiser, e de pôr em prática o que pensa como quiser, desde que essa expressão ou essa prática não infrinja diretamente a igual liberdade de qualquer outro indivíduo.”

Estes princípios, que representam nada mais do que a Liberdade Individual de qualquer cidadão de criar a sua própria personalidade e de poder, sem entraves, escolher o caminho ao longo da sua existência, não podem ser ignorados quando a vida chega ao seu fim.

As escolhas livres e conscientes que cada pessoa faz ao longo da sua história podem ter diferentes motivações – um cidadão pode ser movido, em diferentes momentos, pela busca da felicidade própria ou da de terceiros, pelo desejo de conforto material, pelo desejo de reconhecimento, pela tentativa de obter sucesso profissional ou familiar de acordo com as suas próprias definições, pela vontade altruísta de construir um mundo melhor para terceiros ou por qualquer outra razão que lhe comprazer. Uma forte motivação para uma escolha de um cidadão livre, informado e consciente pode ser a vontade de pôr fim a uma situação de sofrimento. Essa mesma decisão só pode ser encarada como uma questão do foro íntimo, pessoalíssimo, de cada ser humano.

Numa sociedade caracterizada pelo respeito perante a vontade dos seus cidadãos, será sempre inadmissível tratar a morte medicamente assistida como uma questão pública, deslocando o poder de decisão do indivíduo para o coletivo.



A defesa da Liberdade Individual não pode ser apenas uma tentativa de proteção dos cidadãos contra ingerências da autoridade ou contra agressões de terceiros (liberdades negativas). É também necessário garantir que os cidadãos possam exercer a sua vontade individual, as suas liberdades positivas – desde que o consubstanciar destas vontades não represente uma limitação às liberdades negativas de outros cidadãos. Importa, por isso, dizer que o facto de se enquadrar juridicamente um determinado direito não implica qualquer tipo de promoção ou incentivo à utilização do mesmo. A nossa pretensão, e é preciosa, é a de que direitos individuais não sejam interditados e sancionados por falta de enquadramento.

Não cabe ao Estado, através do Direito Penal, impor padrões morais aos indivíduos. Assim, a descriminalização proposta pelo presente diploma cobre apenas condutas que não merecem essa tutela penal, nem a conseqüente privação de liberdade dos indivíduos que as pratiquem; ao contrário, são decisões provindas de uma esfera íntima individual que o Estado não pode violar.

Entendemos que deve ser garantido às pessoas que, padecendo de lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, e que se encontram em sofrimento de grande intensidade a possibilidade de anteciparem o fim da própria vida numa forma mais digna, o que, para muitos, significará uma morte pacífica, nos seus próprios termos. Contudo, tal não pode significar a substituição da rede de cuidados paliativos por este procedimento. Estes devem ser assegurados a todos os cidadãos incluindo, e especialmente, àqueles que, reunindo as condições jurídicas para pedir a morte medicamente assistida, escolham não o fazer.

Definir a vontade que pode dar início a um procedimento de morte medicamente assistida e como a ajuda pode ser praticada neste procedimento reveste a maior importância. Da mesma forma que o ordenamento jurídico português exige formas qualificadas para a realização de certos atos e negócios jurídicos que, em matéria de importância, não se podem comparar à opção pela morte medicamente assistida, que não



pode, de modo algum, operar-se num quadro legislativo simplista. Porém, e contrariamente aos atos e negócios jurídicos mencionados, na morte medicamente assistida há necessidade de garantir a possibilidade de revogação, a todo o tempo, da decisão de iniciar o procedimento, e que essa revogação seja o menos onerosa e formal possível, de forma a que a livre revogação o seja verdadeiramente, e haja o máximo de garantias possível de que qualquer pessoa que optou pela morte medicamente assistida o desejava inequivocamente.

Deste modo, prevêem-se diversos momentos em que a vontade do indivíduo de continuar com o procedimento é objeto de indagação. Assim, cada pessoa que decide pela morte medicamente assistida é consultada por, pelo menos, dois médicos. Assegura-se assim, por conseguinte, que se não se cumprirem os requisitos legais ou no caso de a pessoa manifestar dúvidas em relação à sua execução, o procedimento seja imediatamente cancelado.

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados do Grupo Parlamentar da Iniciativa Liberal apresentam o seguinte projeto de lei:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei regula as condições especiais em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei, considera-se:



- a) Morte medicamente assistida: morte que ocorre por decisão da própria pessoa, em exercício do seu direito fundamental à autodeterminação e livre desenvolvimento da personalidade, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde;
- b) Suicídio medicamente assistido: autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente, sob supervisão médica;
- c) Eutanásia: administração de fármacos letais, pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito;
- d) Doença grave e incurável: doença que ameaça a vida, em fase avançada e progressiva, incurável e irreversível, que origina sofrimento de grande intensidade;
- e) Lesão definitiva de gravidade extrema: lesão grave, definitiva e amplamente incapacitante que coloca a pessoa em situação de dependência de terceiro ou de apoio tecnológico para a realização das atividades elementares da vida diária, existindo certeza ou probabilidade muito elevada de que tais limitações venham a persistir no tempo sem possibilidade de cura ou de melhoria significativa;
- f) Sofrimento de grande intensidade: sofrimento físico, psicológico e espiritual, decorrente de doença grave e incurável ou de lesão definitiva de gravidade extrema, com grande intensidade, persistente, continuado ou permanente e considerado intolerável pela própria pessoa;
- g) Médico orientador: médico indicado pelo doente que tem a seu cargo coordenar toda a informação e assistência ao doente, sendo o interlocutor principal do mesmo durante todo o processo assistencial, sem prejuízo de outras obrigações que possam caber a outros profissionais;
- h) Médico especialista: médico especialista na patologia que afeta o doente e que não pertence à mesma equipa do médico orientador.

Artigo 3.º

Morte medicamente assistida não punível

- 1– Para efeitos da presente lei, considera-se morte medicamente assistida não punível a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento de grande intensidade, com lesão



- definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.
- 2– Para efeitos da presente lei, consideram-se legítimos apenas os pedidos de morte medicamente assistida apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional.
- 3– A morte medicamente assistida ocorre em conformidade com a vontade e a decisão da própria pessoa, que se encontre numa das seguintes situações:
- a) Lesão definitiva de gravidade extrema;
 - b) Doença grave e incurável.
- 4– A morte medicamente assistida pode ocorrer por:
- a) Suicídio medicamente assistido;
 - b) Eutanásia.
- 5 – O pedido subjacente à decisão prevista no n.º 1 obedece a procedimento clínico e legal, de acordo com o disposto na presente lei.
- 6 – O pedido pode ser livremente revogado a qualquer momento, nos termos do artigo 12.º.

CAPÍTULO II

Procedimento

Artigo 4.º

Abertura do procedimento clínico

- 1 – O pedido de abertura do procedimento clínico de morte medicamente assistida é efetuado por pessoa que preenche os requisitos previstos no artigo anterior, doravante designada por doente, em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, a ser integrado em Registo Clínico Especial (RCE) criado para o efeito.
- 2 – O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente como médico orientador.
- 3 – O médico orientador deve obrigatoriamente aceder ao historial clínico do doente e assumi-lo como elemento essencial do seu parecer, emitido nos termos do artigo 5.º.



- 4 – Não são admitidos os pedidos de doentes sujeitos a processo judicial para aplicação do regime do maior acompanhado, enquanto o mesmo se encontrar pendente, sendo o procedimento de morte medicamente assistida imediatamente suspenso quando o processo judicial for instaurado posteriormente à apresentação do pedido e enquanto o mesmo decorra, independentemente da fase em que o procedimento de morte medicamente assistida se encontre.
- 5 – Ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos.

Artigo 5.º

Parecer do médico orientador

- 1– O médico orientador emite parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos no artigo 3.º e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e o respetivo prognóstico, após o que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada.
- 2 – A informação e o parecer prestados pelo médico e a declaração do doente, assinados por ambos, integram o RCE.
- 3 – Se o parecer do médico orientador não for favorável à morte medicamente assistida do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.

Artigo 6.º

Confirmação por médico especialista

- 1 – Após o parecer favorável do médico orientador, este procede à consulta de outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, cujo parecer confirma ou não que estão reunidas as condições referidas no artigo anterior, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza grave e incurável da doença ou a condição definitiva e de gravidade extrema da lesão.

- 2 - O médico especialista referido no número anterior é atribuído de forma sequencial, de entre uma lista de médicos especialistas na patologia que afeta o doente, que manifestem interesse em integrar essa lista, elaborada pela Ordem dos Médicos, tendo em conta um critério de territorialidade que promova a proximidade geográfica do médico especialista ao doente.
- 3 - O parecer fundamentado do médico especialista é emitido por escrito, datado e assinado por ele e integra o RCE.
- 4 - Se o parecer do médico especialista não for favorável à morte medicamente assistida do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 5 - No caso de parecer favorável do médico especialista, o médico orientador informa o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e, juntamente com o parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE.
- 6 - Caso o doente padeça de mais do que uma lesão definitiva de gravidade extrema ou doença grave e incurável, o médico orientador decide qual a especialidade médica a consultar.

Artigo 7.º

Confirmação por médico especialista em psiquiatria

- 1 - É obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, sempre que ocorra uma das seguintes situações:
 - a) O médico orientador e ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a morte medicamente assistida revelando uma vontade séria, livre e esclarecida;
 - b) O médico orientador e ou o médico especialista admitam que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões.



- 2 – Se o médico especialista em psiquiatria confirmar qualquer uma das situações referidas no número anterior, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 3 – O parecer do médico especialista em psiquiatria é emitido por escrito, datado e assinado pelo próprio e integra o RCE.
- 4 – A avaliação necessária para a elaboração do parecer referido no n.º 1 envolve, sempre que a condição específica do doente assim o exija, a colaboração de um especialista em psicologia clínica.
- 5 – No caso de parecer favorável do médico especialista em psiquiatria, este, acompanhado do médico orientador, deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão consciente e expressa deste ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, o qual integra o RCE.
- 6 – O médico especialista em psiquiatria elabora um relatório com a descrição das consultas com o doente, incluindo, nomeadamente considerações sobre a atitude do doente e discussões com o mesmo que julgue relevantes para o procedimento clínico da morte medicamente assistida, o qual é integrado no RCE.

Artigo 8.º

Parecer da Comissão de Verificação e Avaliação

- 1 – Nos casos em que se apresentem os pareceres favoráveis nos termos dos artigos anteriores, reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador remete cópia do RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida (CVA), prevista no artigo 24.º, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, que é elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis.
- 2 – Quando a CVA tiver dúvidas sobre se estão reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, deve convocar os médicos



envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários.

- 3 – Em caso de parecer desfavorável da CVA, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se este mantém e reitera a sua vontade, devendo a sua decisão consciente e expressa ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, o qual integra o RCE.

Artigo 9.º

Concretização da decisão do doente

- 1 – Mediante parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, hora, local e método a utilizar para prática da morte medicamente assistida.
- 2 – O médico orientador informa e esclarece o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a morte medicamente assistida, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente.
- 3 – A decisão referida no número anterior deve ser consignada por escrito, datada e assinada pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e integrada no RCE, sem prejuízo do disposto no n.º 6 do artigo 3.º.
- 4 – Entre o agendamento, nos termos do n.º 1 do presente artigo, e a administração dos fármacos letais, decorre um período de reflexão, não inferior a dois dias, durante o qual é obrigatório o acompanhamento psicológico.
- 5 – Após a consignação da decisão, o médico orientador remete cópia do RCE respetivo para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), que pode acompanhar presencialmente o procedimento de concretização da decisão do doente.



- 6 – No caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a realização do procedimento de morte medicamente assistida, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão.

Artigo 10.º

Administração dos fármacos letais

- 1 – Além do médico orientador e outro profissional de saúde, obrigatoriamente presentes aquando da administração dos fármacos letais, podem estar presentes outros profissionais de saúde por indicação do médico orientador, assim como pessoas indicadas pelo doente, desde que o médico orientador considere que existem condições clínicas e de conforto adequadas.
- 2 – Imediatamente antes de se iniciar a administração ou autoadministração dos fármacos letais, o médico orientador deve confirmar se o doente mantém a vontade de requerer a morte medicamente assistida, na presença de uma ou mais testemunhas, devidamente identificadas no RCE.
- 3 – Caso o doente não confirme expressamente a sua vontade de requerer a morte assistida, nomeadamente se manifestar qualquer dúvida, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, o que é inscrito em documento escrito, datado e assinado pelo médico orientador, integrando o RCE, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 4.º.
- 4 – No caso previsto no número anterior, deve ser entregue ao doente o respetivo RCE, devendo uma cópia ser anexada ao seu processo clínico e outra enviada para a CVA com o respetivo Relatório Final do médico orientador, nos termos do artigo 17.º.

Artigo 11.º

Decisão pessoal e indelegável

- 1 – A decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de morte medicamente assistida é estritamente pessoal e indelegável.
- 2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, caso o doente que solicita a morte medicamente assistida não saiba ou esteja impossibilitado fisicamente de escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se



substituir por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito, aplicando-se as regras do reconhecimento de assinatura a rogo na presença de profissional legalmente competente, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, e na presença de uma ou mais testemunhas.

- 3 – A pessoa designada pelo doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório.

Artigo 12.º

Revogação

- 1 – A revogação do pedido de morte medicamente assistida cancela o procedimento clínico em curso e encerra-o, devendo a decisão ser inscrita no RCE pelo médico orientador.
- 2 – Mediante a revogação do pedido é entregue ao doente o respetivo RCE, devendo ser anexada uma cópia ao seu processo clínico com o Relatório Final do médico orientador.

Artigo 13.º

Locais autorizados

- 1 – A escolha do local para a prática da morte medicamente assistida cabe ao doente.
- 2 – O procedimento de morte medicamente assistida pode ser praticado nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado.
- 3 – Caso a escolha do doente recaia sobre local diferente dos referidos no número anterior, deve o médico orientador certificar que o mesmo dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito.

Artigo 14.º

Acompanhamento



Além do médico orientador e de outros profissionais de saúde envolvidos no procedimento de morte medicamente assistida, podem estar presentes, também para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo 10.º, as pessoas indicadas pelo doente.

Artigo 15.º

Verificação da morte e certificação do óbito

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor, devendo as respetivas cópias ser arquivadas no RCE.

Artigo 16.º

Registo Clínico Especial

- 1– O RCE inicia-se com o pedido de morte medicamente assistida redigido pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 11.º, e dele devem constar, entre outros, os seguintes elementos:
 - a) Todas as informações clínicas relativas ao procedimento em curso;
 - b) Os pareceres e relatórios apresentados pelos médicos e outros profissionais de saúde intervenientes no processo;
 - c) O parecer da CVA;
 - d) As decisões do doente sobre a continuação do procedimento ou a revogação do pedido;
 - e) A decisão do doente sobre o método de morte medicamente assistida;
 - f) Todas as demais ocorrências consideradas relevantes.
- 2– Concluído o procedimento ou cancelado por revogação do pedido do doente, decisão médica ou seguindo parecer da CVA, o RCE é anexado ao Relatório Final, devendo ser anexada uma cópia ao processo clínico do doente.
- 3– O médico orientador é responsável pelo RCE, nele integrando os documentos a que se refere o n.º 1.
- 4– O doente tem acesso ao RCE sempre que o solicite ao médico orientador.
- 5– O modelo de RCE é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

Artigo 17.º

Relatório Final



- 1- O médico orientador elabora, no prazo de 15 dias após a morte, o respetivo Relatório Final, ao qual é anexado o RCE, que remete à CVA e à IGAS.
- 2- A obrigação de apresentação do Relatório Final mantém-se nos casos em que o procedimento é encerrado sem que tenha ocorrido a morte medicamente assistida do doente seja por decisão médica ou parecer desfavorável da CVA.
- 3- Do Relatório Final devem constar, entre outros, os seguintes elementos:
 - a) A identificação do doente e dos médicos e outros profissionais intervenientes no processo, incluindo os que praticaram ou ajudaram à morte medicamente assistida, e das pessoas consultadas durante o procedimento;
 - b) Os elementos que confirmam o cumprimento dos requisitos exigidos pela presente lei para a morte medicamente assistida;
 - c) A informação sobre o estado clínico, nomeadamente sobre o diagnóstico e prognóstico, com explicitação da natureza grave e incurável da doença ou da condição definitiva e de gravidade extrema da lesão e das características e intensidade previsível do sofrimento;
 - d) O método e os fármacos letais utilizados;
 - e) Data, hora e local onde se praticou o procedimento de morte medicamente assistida e a identificação dos presentes;
 - f) Os fundamentos do encerramento do procedimento.
- 4- O modelo de Relatório Final é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

CAPÍTULO III

Direitos e deveres dos profissionais de saúde

Artigo 18.º

Profissionais de saúde habilitados

- 1 - Os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Médicos e também os inscritos na Ordem dos Enfermeiros podem praticar ou ajudar no procedimento de morte medicamente assistida, excluindo-se aqueles que possam vir a obter qualquer benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial.



- 2 – Para efeitos da prossecução do ato de morte medicamente assistida, os profissionais de saúde referidos no número anterior devem verificar previamente a existência de prescrição dos fármacos necessários, efetuada nos termos legais aplicáveis.
- 3 – Aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento de morte medicamente assistida é disponibilizado, sempre que solicitado, apoio psicológico.

Artigo 19.º

Deveres dos profissionais de saúde

No decurso do procedimento clínico de morte medicamente assistida, os médicos e outros profissionais de saúde que nele intervêm devem respeitar os seguintes deveres:

- a) Informar o doente de forma objetiva, compreensível, rigorosa, completa e verdadeira sobre o diagnóstico, tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, resultados previsíveis, prognóstico e esperança de vida da sua condição clínica;
- b) Informar o doente sobre o seu direito de revogar a qualquer momento a sua decisão de requerer a morte medicamente assistida;
- c) Informar o doente sobre os métodos de administração ou autoadministração dos fármacos letais para que aquele possa escolher e decidir de forma esclarecida e consciente;
- d) Assegurar que a decisão do doente é livre, esclarecida e informada;
- e) Auscultar com periodicidade e frequência a vontade do doente;
- f) Dialogar com os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente e, se autorizado pelo mesmo, com os seus familiares e amigos;
- g) Falar com o procurador de cuidados de saúde, no caso de ter sido nomeado e se para tal for autorizado pelo doente;
- h) Assegurar as condições para que o doente possa contactar as pessoas com quem o pretenda fazer;
- i) Assegurar o acompanhamento psicológico do doente.

Artigo 20.º

Sigilo profissional e confidencialidade da informação



- 1 – Todos os profissionais que, direta ou indiretamente, participam no procedimento de morte medicamente assistida estão obrigados a observar sigilo profissional relativamente a todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções nesse âmbito, respeitando a confidencialidade da informação a que tenham tido acesso, de acordo com a legislação em vigor.
- 2 – O acesso, proteção e tratamento da informação relacionada com o procedimento de morte medicamente assistida processam-se de acordo com a legislação em vigor.

Artigo 21.º

Objeção de consciência

- 1 – Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de morte medicamente assistida de um doente se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer, sendo assegurado o direito à objeção de consciência a todos os que o invoquem.
- 2 – A recusa por objeção de consciência do profissional de saúde pode ser apresentada a todo o tempo e implica:
 - a) No caso da recusa pelo médico orientador, a suspensão do procedimento até que o doente escolha um novo médico orientador que, após consultar o RCE, pode rejeitar, determinando nova escolha pelo doente;
 - b) No caso de recusa por qualquer outro profissional de saúde, a sua substituição apenas nos casos em que seja indispensável para o cumprimento da presente Lei ou em que o médico orientador o determine.
- 3 – A recusa do profissional deve ser comunicada ao doente num prazo não superior a 24 horas.
- 4 – A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objetor, dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde onde o doente está a ser assistido e o objetor presta serviço, se for o caso, e com cópia à respetiva ordem profissional.
- 5 – A objeção de consciência é válida e aplica-se em todos os estabelecimentos de saúde e locais de trabalho onde o objetor exerça a sua profissão.
- 6 – A objeção de consciência pode ser invocada a todo o tempo e não carece de fundamentação.



7 – Uma vez registada, nos termos do n.º 4 do presente artigo, considera-se que o profissional de saúde é objeto de consciência para todos os procedimentos de morte medicamente assistida posteriores, até que o profissional de saúde o revogue, declarando o contrário em documento dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde onde presta serviço e, se for o caso, enviando uma cópia à respetiva Ordem profissional.

Artigo 22.º

Responsabilidade disciplinar

Os profissionais de saúde não podem ser sujeitos a responsabilidade disciplinar pela sua participação no procedimento clínico de morte medicamente assistida, conquanto cumpram todas as condições e deveres estabelecidos na presente lei.

CAPÍTULO IV

Fiscalização e avaliação

Artigo 23.º

Fiscalização

- 1 – Compete à IGAS a fiscalização dos procedimentos clínicos de morte medicamente assistida, nos termos da presente lei.
- 2 – Em caso de incumprimento da presente lei, a IGAS pode, fundamentadamente, determinar a suspensão ou o cancelamento e encerramento de procedimento em curso.

Artigo 24.º

Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida

Para cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 8.º e avaliação da aplicação da presente lei, é criada a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida (CVA).



Artigo 25.º

Competências da Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida

Compete à Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida:

- a) Acompanhar a aplicação da lei no domínio ético, médico e jurídico, e emitir pareceres no âmbito deste acompanhamento;
- b) Receber e analisar todos os registos de procedimentos de morte medicamente assistida praticados ou encerrados, verificando o cumprimento dos requisitos legais, prévia e posteriormente, nos termos dos artigos 8.º e 27.º;
- c) Elaborar e enviar à Assembleia da República, anualmente, um relatório de avaliação da aplicação da presente lei, nos termos do artigo 28.º;
- d) Consultar peritos e especialistas nas matérias conexas com as suas atribuições, podendo obter de quaisquer entidades e instituições todas as informações necessárias ao desenvolvimento das suas funções.

Artigo 26.º

Composição e funcionamento da Comissão

- 1- A CVA é composta por cinco personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação da presente lei, designadas da seguinte forma:
 - a) Um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura;
 - b) Um jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público;
 - c) Um médico indicado pela Ordem dos Médicos;
 - d) Um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros;
 - e) Um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- 2- Não podem integrar a CVA os profissionais de saúde, referidos nas alíneas c) e d) do número anterior, que tenham manifestado objecção de consciência nos termos do artigo 21.º.



- 3- O mandato dos membros da CVA é de cinco anos, renovável por um único período.
- 4- A CVA elabora e aprova o seu regulamento interno e elege, de entre os seus membros, um presidente.
- 5- A CVA funciona no âmbito da Assembleia da República, que assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários.
- 6 - Os membros da CVA não são remunerados pelo exercício das suas funções, tendo direito a senhas de presença por cada reunião em que participam de montante a definir por despacho do Presidente da Assembleia da República e, bem assim, a ajudas de custo e a requisições de transporte nos termos da lei geral.

Artigo 27.º

Verificação

- 1 - A CVA avalia a conformidade do procedimento clínico de morte medicamente assistida, através de parecer prévio, nos termos do artigo 8.º, e através de relatório de avaliação, nos termos do número seguinte.
- 2 - Uma vez recebido o Relatório Final do processo de morte medicamente assistida, que inclui o respetivo RCE, a CVA examina o seu conteúdo e avalia, no prazo de cinco dias após essa receção, os termos em que as condições e procedimentos estabelecidos na presente lei foram cumpridos.
- 3 - Nos casos em que a deliberação prevista no número anterior seja de desconformidade com os requisitos estabelecidos pela presente lei, a CVA remete o relatório ao Ministério Público para os devidos efeitos e às respetivas ordens dos profissionais envolvidos para efeitos de eventual processo disciplinar.

Artigo 28.º

Avaliação

- 1- A CVA apresenta, anualmente, à Assembleia da República, um relatório de avaliação da aplicação da presente lei, com informação estatística detalhada sobre todos os elementos relevantes dos processos de morte medicamente assistida e que pode conter recomendações.



- 2- Para elaboração do relatório são avaliados, com garantia de anonimato e confidencialidade, os relatórios finais e respetivos RCE remetidos à CVA pelos médicos orientadores, que devem prestar todos os esclarecimentos adicionais que estas lhes solicite.
- 3 - A IGAS presta à CVA as informações solicitadas sobre os procedimentos de fiscalização realizados relativamente ao cumprimento da presente lei.

CAPÍTULO V

Alteração legislativa

Artigo 29.º

Alteração ao Código Penal

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

«Artigo 134.º

[...]

1 - [...].

2 - [...].

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

Artigo 135.º

[...]

1 - [...].

2 - [...].

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



Artigo 139.º

[...]

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

CAPÍTULO VI

Disposições finais e transitórias

Artigo 30.º

Seguro de vida

- 1 – Para efeitos do contrato de seguro de vida, a morte medicamente assistida não é fator de exclusão.
- 2 – Os profissionais de saúde que participam, a qualquer título, no procedimento clínico de morte medicamente assistida de uma pessoa segura perdem o direito a quaisquer prestações contratualizadas.
- 3 – Para efeitos de definição de causa de morte da pessoa segura, deve constar da certidão de óbito a realização de procedimento de morte medicamente assistida.
- 4 – Uma vez iniciado o procedimento clínico de morte medicamente assistida, a pessoa segura não pode proceder à alteração das cláusulas de designação dos beneficiários.

Artigo 31.º

Sítio da *Internet*

A Direção-Geral da Saúde disponibiliza, no seu sítio da Internet, uma área destinada a informação sobre a morte medicamente assistida não punível, com os seguintes campos:

- a) Informação sobre os procedimentos clínicos;
- b) Formulários e documentos normalizados;
- c) Legislação aplicável.



Artigo 32.º

Regulamentação

O Governo aprova, no prazo máximo de 90 dias após a publicação da presente lei, a respetiva regulamentação.

Artigo 33.º

Disposição transitória

Nos dois primeiros anos de vigência da presente lei, a CVA apresenta semestralmente à Assembleia da República o relatório de avaliação a que se refere o n.º 1 do artigo 28.º.

Artigo 34.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a publicação da respetiva regulamentação.

Palácio de São Bento, 2 de junho de 2022

Os Deputados da Iniciativa Liberal:

Patrícia Gilvaz

Rui Rocha

Bernardo Blanco

Carla Castro

Carlos Guimarães Pinto

Joana Cordeiro

João Cotrim Figueiredo

Rodrigo Saraiva